

UNIVERSIDAD PERUANA UNIÓN

ESCUELA DE POSGRADO

Unidad de Posgrado de Psicología



Una Institución Adventista

**Eficacia del “Programa Floreciendo Juntas” en el trastorno de estrés
postraumático en mujeres víctimas de violencia familiar de la provincia
de Chiclayo, 2020**

Tesis para optar el Grado Académico de Maestra en Ciencias de la Familia
con Mención en Terapia Familiar

Por:

Lily Janet Carrasco Sosa

Asesora:

Mg. Ruth Evelyn Quiroz Soto

Lima, Ñaña 2021

ANEXO 07 DECLARACIÓN JURADA DE AUTORIA DEL INFORME DE TESIS


Mg. Ruth Evelyn Quiroz Soto, docente de la Escuela de Posgrado, Unidad de Posgrado de Psicología, de la Universidad Peruana Unión.

DECLARO:

Que el presente informe de investigación titulado: “Eficacia del “Programa Floreciendo Juntas” en el trastorno de estrés postraumático en mujeres víctimas de violencia familiar de la provincia de Chiclayo, 2020” constituye la memoria que presenta la Bachiller Lily Janet Carrasco Sosa para aspirar al Grado académico de Maestra en Ciencias de la Familia con mención en Terapia Familiar, ha sido realizada en la Universidad Peruana Unión bajo mi dirección.

Las opiniones y declaraciones en este informe son de entera responsabilidad del autor, sin comprometer a la institución.

Y estando de acuerdo, firmo la presente constancia en Lima, a los seis días del mes de agosto del año 2021.



Mg. Ruth Evelyn Quiroz Soto

ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS DE MAESTRO(A)

En Lima, Ñaña, Villa Unión, a 06 días del mes de Agosto del año 2021, siendo las 09:00 hrs, se reunieron en la modalidad online sincrónica, bajo la dirección del Señor Presidente Mg. Jania Elizabeth Jaimes Soncco del Jurado: Mg. Sara Esther Richard Pérez, los demás miembros: Mg. Rosa Giulliana Briceño Sánchez y el asesor: Mg. Ruth Evelyn Quiroz Soto, con el propósito de administrar el acto académico de sustentación de Tesis de Maestro(a) titulada: "Eficacia del "Programa Floreciendo Juntas" en el trastorno de estrés postraumático en mujeres víctimas de violencia familiar de la provincia de Chiclayo, 2020" del Bachiller/Licenciado(a): Lily Janet Carrasco Sosa. Conducente a la obtención del Grado Académico de Maestro(a) en: Ciencias de la familia

(Nomenclatura del Grado Académico) Terapia Familiar
con Mención en Terapia Familiar

El Presidente inició el acto académico de sustentación invitando al candidato hacer uso del tiempo determinado para su exposición. Concluida la exposición, el Presidente invitó a los demás miembros del Jurado a efectuar las preguntas, cuestionamientos y aclaraciones pertinentes, los cuales fueron absueltos por el candidato. Luego se produjo un receso para las deliberaciones y la emisión del dictamen del Jurado.

Posteriormente, el Jurado procedió a dejar constancia escrita sobre la evaluación en la presente acta, con el dictamen siguiente:

Bachiller/Licenciado (a): Lily Janet Carrasco Sosa

CALIFICACIÓN	ESCALAS			Mérito
	Vigesimal	Literal	Cualitativa	
Aprobado	17	B+	Muy bueno	Sobresaliente

(*) Ver parte posterior

Finalmente, el Presidente del Jurado invitó al candidato a ponerse de pie, para recibir la evaluación final. Además, el Presidente del Jurado concluyó el acto académico de sustentación, procediéndose a registrar las firmas respectivas.

Presidente



Secretario

Asesor

Miembro

Miembro

Bachiller/Licenciado(a)

Dedicatoria

A Víctor Gonzalo, mi amado esposo, por sus ánimos y apoyo constante e incondicional que me brindó durante el tiempo de elaboración de la tesis.

A mi hijo Arón Gonzalo, principal motivación para el logro de mis objetivos.

A mis padres Félix Gonzalo y Elvira, por la señera responsabilidad en el desempeño de sus roles dentro de la familia, estableciendo sólidos valores en cada uno de sus miembros.

A mis hermanos Gonzalo, Nilda, Jeanny y Merlly, por la confianza, respeto y amor manifestado hacia mi persona.

A los profesionales que, de manera espontánea y decidida, eligieron servir en el área familiar conscientes del trabajo inmensurable por hacer.

Agradecimientos

Al Ser Supremo por su dadivosidad al permitirme escalar un peldaño más académicamente y de esta manera servir a muchas familias.

A mi esposo Victor Gonzalo por su ayuda, compañía y motivación toda vez que me propongo metas manifestando alegría y satisfacción por mis logros.

A mis amigas Patricia, Carmen y Sarita por los múltiples momentos amenos vividos además de fuertes vínculos de amistad, compañerismo y determinación para alcanzar juntas la meta.

A mi asesora Ruth Evelyn quien se mostró muy comprometida con su trabajo, pendiente de los avances y motivándome siempre.

A los destacados docentes de posgrado de Ciencias de la Familia de la Universidad Peruana Unión quienes volcaron lo mejor de sus conocimientos en este proceso.

Índice

Dedicatoria.....	iv
Agradecimientos	v
Índice de tablas	ix
Índice de Anexos	x
Resumen	xi
Abstract.....	xii
Introducción.....	xiii
Capítulo I.....	1
El problema.....	1
1. Planteamiento del problema	1
2. Pregunta de investigación.....	6
2.1. Pregunta general	6
2.2. Preguntas específicas.....	6
3. Justificación.....	7
4. Objetivo de la investigación	7
4.1. Objetivo general	7
4.2. Objetivos específicos.....	8
Capítulo II.....	9
Marco teórico.....	9
1. Antecedentes de la investigación	9
1.1. Antecedentes internacionales	9
1.2. Antecedentes nacionales.....	13

2. Bases teóricas	15
2.1. Trastorno por estrés postraumático	15
2.2. Programa de intervención.....	24
1. Definición de términos	45
2. Hipótesis de la investigación.....	45
2.1.Hipótesis general	46
2.2.Hipótesis específicas	46
Capítulo III	47
Materiales y métodos.....	47
1. Diseño y tipo de investigación	47
2. Variables de la investigación.....	47
2.1. Definición conceptual de las variables	47
2.2. Operacionalización de las variables	49
3. Delimitación geográfica y temporal	51
4. Población y muestra	51
4.1. Población	51
4.2. Muestra.....	51
4.3. Criterios de inclusión y exclusión	52
5. Instrumento.....	53
6. Proceso de recolección de datos	54
7. Procesamiento y análisis de datos	54
Capítulo IV	55
Resultados y discusión.....	55
1. Resultados	55
1.1 Análisis descriptivo	55

1.2 Prueba de normalidad.....	56
1.3 Análisis comparativo antes y después de la intervención	57
2. Discusión.....	58
Capítulo V.....	63
Conclusiones y Recomendaciones.....	63
1. Conclusiones	63
2. Recomendaciones	64
Referencias	65

Índice de tablas

Tabla 1: <i>Resumen de sesiones</i>	31
Tabla 2: <i>Sesión inicial</i>	33
Tabla 3: <i>Primera sesión de autoestima</i>	34
Tabla 4: <i>Segunda sesión de autoestima</i>	35
Tabla 5: <i>Primera sesión de estado de ánimo</i>	36
Tabla 6: <i>Segunda sesión de estado de ánimo</i>	37
Tabla 7: <i>Primera sesión de exposición</i>	38
Tabla 8: <i>Segunda sesión de exposición</i>	39
Tabla 9: <i>Tercera sesión de exposición</i>	40
Tabla 10: <i>Primera sesión de reevaluación cognitiva</i>	41
Tabla 11: <i>Segunda sesión de reevaluación cognitiva</i>	42
Tabla 12: <i>Primera sesión de solución de problemas</i>	43
Tabla 13: <i>Segunda sesión de solución de problemas</i>	44
Tabla 14: <i>Sesión final</i>	45
Tabla 15: <i>Operacionalización de la variable transtorno de Estrés Postraumático</i>	49
Tabla 16: <i>Operacionalización del Programa Floreciendo Juntas</i>	50
Tabla 17: <i>Características de la muestra en estudio</i>	52
Tabla 18: <i>Análisis descriptivo del TEPT antes de la intervención</i>	55
Tabla 19: <i>Análisis descriptivo del TEPT después de la intervención</i>	56
Tabla 20: <i>Prueba de bondad de ajuste</i>	57
Tabla 21: <i>Comparación antes y despues del programa en el grupo estudio</i>	58
Tabla 22: <i>Estimaciones de consistencia interna</i>	75
Tabla 23: <i>Correlaciones sub test – test de la escala</i>	76

Índice de Anexos

Anexo 1: <i>Propiedades psicométricas</i>	75
Anexo 2: <i>Escala de Gravedad de síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático</i>	77
Anexo 3: <i>Fotos</i>	81

Resumen

El propósito del presente estudio ha sido determinar la eficacia del *Programa Floreciendo Juntas* sobre el trastorno de estrés postraumático en mujeres víctimas de violencia familiar. Su diseño fue un tipo de investigación cuantitativo, de diseño pre experimental con evaluación antes y después de la intervención, se utilizó la Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático (EGS-F) diseñada por Echeburúa, Zaraza, Zubizarreta, Holgado-Tello y Muñoz (2016). Se evidencia disminución de la sintomatología de la escala global del TEPT al contrastar la media del antes ($M = 48.8$) y después ($M = 6.7$) de participar del programa ($Z = -2.677$; $p < .001$). En conclusión, el *Programa Floreciendo Juntas* es estadísticamente eficaz sobre el trastorno de estrés postraumático en mujeres víctimas de violencia familiar.

Palabras Clave: Violencia de pareja, estrés postraumático, ansiedad, depresión, reexperimentación, evitación, estado de ánimo y aumento de la activación.

Abstract

The purpose of the present study has been to determine the efficacy of the “Blooming Together Program” on post-traumatic stress disorder in women victims of family violence. Its design was a type of quantitative research, pre-experimental design with evaluation before and after the intervention, the Severity of Symptoms of Post-Traumatic Stress Disorder Scale was used (EGS-F) designed by Echeburúa, Sarasua, Zubizarreta, Holgado-Tello y Muñoz (2016). A decrease in the symptoms of the global scale of PTSD is evidenced when contrasting the mean of the before ($M = 48.8$) and after ($M = 6.7$) to participate in the program ($Z = -2.677$; $p < .001$). In conclusion, the “Flourishing Together Program” is statistically effective on Post-Traumatic Stress Disorder in women victims of family violence.

Key Words: Intimate partner violence, post-traumatic stress, anxiety, depression, re-experiencing, avoidance, mood, and increased activation.

Introducción

Las cifras estadísticas que reflejan una dura realidad respecto de la violencia contra la mujer en nuestro país y a nivel mundial son realmente preocupantes. Produce en sus víctimas niveles considerables de estragos en cuanto a la salud mental, traumatismos, problemas de salud sexual y reproductiva, incluyendo las enfermedades de transmisión sexual, embarazos no planificados, infección por el VIH y otras situaciones problemáticas, según confirma la OMS en su informe del 07 abril 2020.

Después de una investigación exhaustiva de diferentes programas de intervención para abordar el trastorno de estrés postraumático en víctimas de violencia familiar, no se ubican programas específicos que coadyuven a tantas mujeres inmersas en esta problemática. Lo que motivó para llevar a cabo esta investigación que está estructurada de la siguiente manera:

El primer capítulo contiene el planteamiento del problema, asimismo la justificación, objetivos generales y específicos.

El segundo capítulo se ocupa de una minuciosa investigación teórica del tema, encierra el marco conceptual, además de los antecedentes nacionales e internacionales.

El tercer capítulo aborda la descripción del diseño y tipo de investigación, operacionalización de variables, características de la población, la muestra del estudio, el instrumento utilizado, el proceso para la obtención de los resultados, el procesamiento y análisis de datos.

El cuarto capítulo está circunscrito al análisis e interpretación de los datos, asimismo, la discusión de los indicados resultados.

El quinto capítulo considera las conclusiones y las recomendaciones relacionadas con los objetivos planteados.

Capítulo I

El problema

1. Planteamiento del problema

El flagelo social de la violencia contra la mujer se evidencia tanto en el ámbito público como en el privado. Tiene gran impacto en los diferentes estratos sociales de todos los países del mundo; además las consecuencias negativas físicas, mentales y emocionales generadas, sobre todo en las víctimas, disminuyen la seguridad, la confianza y la calidad de vida sociales.

La Organización de las Naciones Unidas (ONU, 2017) define que la violencia contra la mujer y toda conducta de violencia de género, produce daño físico, sexual o psicológico (amenazas), coacción o privación autoritaria de la libertad, que se da manera pública o íntima.

Durante la asamblea general de las naciones unidas, producida en el año 2006, en un estudio sobre la violencia de género como una forma discriminatoria y de violación de los derechos humanos, se expuso que la violencia da origen a una dolencia indescriptible, mutila vidas, dejando incontables mujeres sumergidas en el dolor y temor, en todos los países del mundo. Ha provocado daño a las familias a través de las generaciones, debilitando comunidades y fomentando otras formas de violencia e impidiendo la realización personal de la mujer y limitando su crecimiento económico. Y solo se puede eliminar este flagelo social eliminando todo tipo de discriminación, promoviendo la igualdad, empoderando a la mujer y velando por el ejercicio de sus derechos.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2015), tiene en agenda la meta de la eliminación de todas las formas de violencia contra las mujeres en el año 2030, y comprendiendo la necesidad de abordar la violencia contra la mujer en el mundo, se aprobó, por unanimidad, la Estrategia y plan de acción acerca del fortalecimiento del sistema de salud para hacer frente a la violencia contra la mujer durante los años 2015-2025, durante el 54.o Consejo Directivo y 67.

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2017) publica una nota respecto a violencia contra la mujer ejercida por su pareja, tornándose en un problema de salud pública y vulneración de los derechos humanos de las mujeres. La violencia de pareja y la violencia sexual son perpetradas en su mayoría por hombres contra mujeres y niñas. El abuso sexual infantil afecta a niños y niñas. Los estudios realizados, indican que cerca de un tercio (30%) de mujeres han sido víctimas de algún tipo de violencia por parte de su pareja.

A nivel nacional, la OPS (2018), Perú se encuentra dentro de los ocho países, en los cuales se comparó los niveles de violencia de pareja a lo largo del tiempo. Encontrándose evidencias de que, en los últimos 15 o 20 años, tanto la violencia física como la sexual infligida por la pareja, podrían estar en descenso.

Así mismo la Encuesta Demográfica y de Salud familiar (Endes, 2018) refirió que el 69,9 % de las mujeres de 15 a 49 años de edad, fueron víctimas de algún tipo de violencia (psicológica, verbal, física o sexual) por parte del esposo o compañero en algún momento de su vida. Las denuncias totalizaron 141,922 casos, en las que 72,433 se dieron por agresión física, 61,371 psicológica y 3,048 por agresión sexual.

El Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables (2019), refiere que en el Perú, durante el período de enero a junio, fueron atendidos 86,334 casos de violencia contra la mujer, violencia familiar y violencia sexual, en los 366 Centros de Emergencia Mujer

(CEM) a nivel nacional. El estudio concluyó que el 86% corresponde a mujeres, y el 14% a hombres.

En el plano de la violencia familiar se puede identificar que las consecuencias sobre la salud mental y los modelos aprendidos de indefensión y estrés crónico, son complejas y afectan todos los ámbitos de la vida de quien la sufre. La literatura muestra dos categorías asociadas al daño psíquico del maltrato: el *Síndrome de la mujer maltratada* (Walker 1991) y el *Trastorno de estrés postraumático - TEPT* [Manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales, quinta edición (DSM-V), 2018], en la que se encuentra más del 50% de las víctimas de maltrato.

En este sentido, se cuenta con diversos programas de prevención y de intervención multicomponente para el tratamiento del TEPT, desde víctimas de postguerra, secuestros, accidentes de tránsito, enfermedades terminales, ataques violentos de índole sexual, doméstica o delincuencia, desastres naturales o inducidos por la mano del hombre, pérdida súbita y consecuente duelo de los seres queridos, ataques terroristas, torturas, etc.

Ehlersd, Clark, Hackmannb, McManusa y Fennellb (2005), ejecutaron un programa orientado a modificar la evaluación negativa del trauma que el sujeto lleva a cabo, a incorporar la evaluación corregida en la memoria traumática, a identificar los estímulos que disparan los síntomas de reexperimentación, recontextualización del suceso traumático, en el lugar y momento en el que ocurrió, y a eliminar las estrategias de afrontamiento disfuncionales, que mantienen una sensación de amenaza permanente y una sintomatología del TEPT. El programa fue aplicado a 28 personas expuestas a sucesos traumáticos en la edad adulta. El tratamiento se llevó a cabo 12 sesiones, con una duración de 1 hora a hora y media de frecuencia semanal cada una. El resultado del programa demostró una disminución importante en las dimensiones de depresión y ansiedad en el grupo que recibió el tratamiento multicomponente en comparación con el grupo control.

Foa et al. (2005) investigaron en 179 víctimas de agresión sexual o violencia, ocurrida en la edad adulta o en la infancia y aplicado a tres grupos de estudio. Estos grupos estuvieron distribuidos de manera aleatoria: terapia de exposición aplicada en solitario, combinación de terapia de exposición y terapia cognitiva y grupo control en la lista de espera. El tratamiento se llevó a cabo durante 9 sesiones de manera semanal y de modalidad individual. Los resultados mostraron que tanto la exposición como la combinación de terapia de exposición y reestructuración cognitiva fueron más eficaces al grupo control en lista de espera en la reducción de sintomatología del TEPT, evidenciando mejor adaptación social y laboral.

Monson et al. (2006) evaluaron la eficacia de la terapia de procesamiento cognitivo en el tratamiento del TEPT en 60 veteranos de guerra conformado por 54 hombres y 6 mujeres participantes en un ensayo controlado de lista de espera de terapia de procesamiento cognitivo (CPT). El tratamiento constó de 12 sesiones, con una intervención en dos modalidades: terapia multicomponente (de exposición en imaginación y terapia conductual), control de lista en espera (LE); del que se obtuvo un cambio confiable en sus síntomas de TEPT.

Asimismo, cabe mencionar que de las investigaciones que evalúan la eficacia de los tratamientos para el TEPT en mujeres maltratadas, hechas con sobresaliente y destacada rigidez metodológica, además de considerable vigor, son los estudios de Echeburúa, Corral, Sarasua y Zubizarreta (1996); Labrador y Rincón (2002); Kubany et al. (2004); Rincón y Labrador (2004) y Labrador y Alonso (2007), entre otros.

Cabe resaltar que Echeburúa et al. (1996) aplicaron por primera vez un programa cognitivo-conductual muticomponente: expresión emocional, reevaluación cognitiva y entrenamiento en habilidades específicas de afrontamiento. El cual tuvo una duración de 12 sesiones de una hora. Aplicado individualmente a 62 mujeres con diagnóstico TEPT. Se

concluyó en que los participantes motivo de estudio evidenciaron importante mejoría que se prolongó hasta doce meses después de su culminación.

Labrador y Rincón (2002), evaluaron la eficacia empírica de un programa grupal de intervención breve para el tratamiento del TEPT en víctimas de violencia doméstica. Aplicado a 9 mujeres víctimas de violencia de género en el que sus resultados fueron comparados con un grupo control de lista de espera conformado por 7 mujeres. La intervención estuvo compuesta de 8 sesiones, considerando: psicoeducación, entrenamiento en control de la ansiedad, terapia cognitiva y terapia de exposición. Los resultados revelaron una remisión del TEPT en el 100% de las participantes posterior al tratamiento. Por otro lado, se mostraron cambios evidentes en las dimensiones de autoestima, inadaptación a la vida cotidiana y social así también cogniciones establecidas de la experiencia de maltrato.

Labrador y Alonso (2007), realizaron también una investigación donde aplicaron el programa de intervención de Labrador y Rincón (2002), mencionado líneas arriba, con la diferencia en la muestra compuesta por 34 mujeres con diagnóstico TEPT. Los resultados mostraron que las participantes del grupo control no mostraron diferencias importantes ni en síntomas del TEPT ni en síntomas concomitantes, por el contrario, las mujeres que tomaron parte en el tratamiento mostraron significativamente en síntomas postraumáticos y en el resto de las dimensiones evaluadas en el postratamiento y seguimiento, culminada la intervención.

Por los estudios anteriormente mencionados, se observa la imperiosa necesidad de programas de intervención psicológica breves y eficaces que permitan a las víctimas de violencia de género la mejora de la autoestima además de proporcionarle habilidades para el afronte de situaciones de maltrato con el fin de recuperar el control de sus vidas de

manera urgente, permitiendo incrementar la cobertura y disminuyendo costes en su abordaje.

En tal sentido, después de haber investigado acerca de los antecedentes de programas de intervención del TEPT a víctimas de violencia de género, se evidencian escasas o nulas en el país por lo que urge una propuesta efectiva y a corto plazo su abordaje que trascenderá en la restauración integral de tantas mujeres en calidad de holones en el sistema familiar.

Especialmente en mujeres de la ciudad de Chiclayo, debido a la frecuencia de casos atendidos y al evidenciar la ausencia de habilidades para el adecuado afronte en calidad de víctimas.

2. Pregunta de investigación

2.1. Pregunta general

¿Cuál es la eficacia del *Programa Floreciendo Juntas* sobre el trastorno del estrés postraumático en mujeres, víctimas de violencia familiar, de la provincia de Chiclayo, 2020?

2.2. Preguntas específicas

¿Cuál es la eficacia del *Programa Floreciendo Juntas* sobre la reexperimentación del trastorno de estrés postraumático en mujeres, víctimas de violencia familiar, de la provincia de Chiclayo, 2020?

¿Cuál es la eficacia del *Programa Floreciendo Juntas* sobre la evitación del trastorno de estrés postraumático en mujeres, víctimas de violencia familiar, de la provincia de Chiclayo, 2020?

¿Cuál es la eficacia del *Programa Floreciendo Juntas* sobre las alteraciones cognitivas y estado de ánimo negativo del trastorno de estrés postraumático en mujeres, víctimas de violencia familiar, de la provincia de Chiclayo, 2020?

¿Cuál es la eficacia del *Programa Floreciendo Juntas* sobre el aumento de la activación del trastorno de estrés postraumático en mujeres, víctimas de violencia familiar, de la provincia de Chiclayo, 2020?

3. Justificación

Es de suma relevancia social el desarrollo del programa de intervención ya que su finalidad es contribuir con eficacia la recuperación emocional de sus víctimas, para lo cual se necesita que la actuación sea idónea y eficiente a fin de desarrollar acciones de una cultura de paz y convivencias armoniosas. Del mismo modo, se busca generar conciencia en la población femenina sobre la asistencia y participación en redes de apoyo como también ser generadoras de cambios dentro de su ámbito familiar y social.

En el aspecto metodológico, se espera que los procesos del programa sirvan como guía y motivación para la elaboración de nuevos programas, relacionados con las mujeres y todo el sistema familiar, siendo éstos de prevención primaria y secundaria.

Asimismo, se pretende reforzar las bases teóricas planteadas por Labrador, Fernández-Velasco y Rincón (2004) sobre la eficacia del *Programa Floreciendo Juntas* sobre el trastorno de estrés postraumático en mujeres, víctimas de violencia familiar, de la provincia de Chiclayo, 2020

4. Objetivo de la investigación

4.1. Objetivo general

Determinar la eficacia del *Programa Floreciendo Juntas* sobre el trastorno de estrés postraumático en mujeres, víctimas de violencia familiar, de la provincia de Chiclayo, 2020.

4.2. Objetivos específicos

Determinar la eficacia del *Programa Floreciendo Juntas* sobre la reexperimentación del trastorno de estrés postraumático en mujeres, víctimas de violencia familiar, de la provincia de Chiclayo, 2020.

Determinar la eficacia del *Programa Floreciendo Juntas* sobre la evitación del trastorno de estrés postraumático en mujeres, víctimas de violencia familiar, de la provincia de Chiclayo, 2020.

Determinar la eficacia del *Programa Floreciendo Juntas* sobre la dimensión de las alteraciones cognitivas y estado de ánimo negativo del trastorno de estrés postraumático en mujeres, víctimas de violencia familiar, de la provincia de Chiclayo, 2020.

Determinar la eficacia del “*Programa Floreciendo Juntas* sobre el aumento de la activación del trastorno de estrés postraumático en mujeres, víctimas de violencia familiar, de la provincia de Chiclayo, 2020.

Capítulo II

Marco teórico

1. Antecedentes de la investigación

1.1. Antecedentes internacionales

Arias y García (2019), en Chile, llevaron a cabo el estudio “Crecimiento postraumático en sobrevivientes de los terremotos en Ecuador y Chile”, el estudio fue de tipo cuantitativo, de diseño no experimental, descriptivo, correlacional – transversal, La muestra quedó constituida por 450 personas de la ciudad de Portoviejo, Ecuador expuestos al terremoto del 2016. La edad promedio fue en un rango de 18 a 65 años en el que participaron 256 mujeres y 194 hombres. Asimismo, como grupo de comparación se incluyó una muestra Chilena, conformada por 291 alumnos universitarios de la ciudad de Concepción, Chile quienes vivieron la experiencia del terremoto tsunami en el 2010. La edad promedio fue de un rango de 18 a 33 años, en el que participaron 98 hombres y 193 mujeres. Para el presente estudio se utilizó el Inventario de Crecimiento Postraumático (PTGI): instrumento elaborado por Tedeschi y Calhoun (1996) y adaptada al contexto Ecuatoriano por Arias, García y Valdivieso (2017), se pudo observar que en los participantes chilenos hubo mayor crecimiento postraumático que la muestra ecuatoriana, este fenómeno es explicado por la cantidad de participantes mujeres, en quienes se evidencio mayor pensamiento intrusivo (nocivo) frente al hecho; sin embargo la diferencia es significativa para la dimensión de Autopercepción y dimensión Cambio Espiritual. La investigación concluye en la descripción de presencia de síntomas de Estrés Postraumático después de un incidente crítico el mismo que puede ser la base para nuevas investigaciones que permitan explicar

este fenómeno y fomentar estrategias praxiológicas para la práctica directa con la comunidad.

Pérez-Correa, Rodríguez-Vega, y Linero-Gómez (2019), en Colombia, efectuaron la investigación “Estrés postraumático y aptitudes de emprendimiento y resiliencia en mujeres víctimas del conflicto armado”. Este estudio estuvo basado en el diseño no experimental, y tipo de investigación transversal y de campo, en relación a la muestra estuvo constituida por 241 mujeres víctimas del conflicto armado y con emprendimientos en desarrollo empresarial y social de cinco municipios de Magdalena, Colombia con el diagnóstico del TEPT. La evaluación se llevó a cabo a través de la Lista de Chequeo para TEPT (Weathers, Litz, Herman, Huska y Keanne, 1993) y Lista de Chequeo de eventos (Blake, Weathers, Nagy, Kaloupek, Gusman, Charney y Keane 1990). Entre los resultados se observó que la resiliencia forma parte de los factores protectores, al igual que el emprendimiento y la motivación intrínseca por superar y sobreponerse al daño. En conclusión, los autores mencionan que existe relación entre resiliencia y emprendimiento para romper con los efectos traumáticos de la guerra.

Montañez (2013), en México, realizó una investigación titulada Evaluación de un tratamiento psicológico para el estrés postraumático en mujeres víctimas de violencia doméstica en Ciudad Juárez; el estudio evaluó a 104 mujeres, la muestra estuvo compuesta de 62 mujeres, de las cuales 49 formaron parte del grupo experimental y 13 del grupo de control. El tratamiento fue administrado en formato grupal, con ocho sesiones de duración, donde se trabajó psicoeducación, relajación, terapia cognitiva y terapia de exposición. Los instrumentos utilizados fueron: Escala de gravedad de síntomas de estrés postraumático, Inventario de cogniciones postraumáticas e Inventario de inadaptación. En cuanto a los resultados se concluyó que las participantes del grupo de tratamiento han experimentado mejoras significativas en los síntomas de reexperimentación, evitación e hiperactivación,

así como en los síntomas de cogniciones postraumáticas, inadaptación, depresión, y autoestima e inadaptación. Estos resultados no se evidenciaron en el grupo control, ya que no se encontraron diferencias significativas en ninguna de las medidas del TEPT ni en la de sintomatología concomitante. Por lo que se concluyó que la recuperación del grupo de tratamiento fue consecuencia de la intervención realizada y no simplemente con el paso del tiempo por lo que el tratamiento ha sido eficaz.

Grijalba (2007), en España, efectuó el estudio “Víctimas de violencia doméstica con trastorno de estrés postraumático: Validación empírica de un programa de tratamiento”. La muestra estuvo constituida por 103 mujeres víctimas de violencia doméstica con diagnóstico TEPT según criterios DSM-IV-TR, 16 en el grupo de no tratamiento y 87 en grupo de tratamiento. Los instrumentos utilizados fueron Ficha de datos sociodemográficos, elaborada por Rincón (2001), Entrevista semiestructurada para víctimas de violencia doméstica, basada en dos fuentes: en la Entrevista semiestructurada para víctimas de maltrato doméstico de Echeburúa, Corral, Sarasua, Zubizarreta y Sauca (1994. En Echeburúa y Corra, 1998) y en la de Labrador y Rincón (2002); Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático (Echeburúa, Corral, Amor, Zubizarreta y Sarasua, 1997), La entrevista clínica estructurada para DSM-IV versión clínica Spitzer, Gibbon y Williams, 1977. Dentro de los instrumentos de autoinforme fueron considerados: Escala de Inadaptación (EI), Inventario de Depresión de Beck Depresión (Beck, Rusch, Shaw y Emery, 1979; versión española de Vásquez y Sanz, 1997, Inventario de Ansiedad de Beck (Beck, Epstein, Brown y Steer, 1988), Escala de Autoestima (Rosenberg, 1965; versión española de Echeburúa y Corral, 1988), Inventario de Cogniciones Postraumáticas (Foa, Ehler, Clark, Tolin y Orsillo, 1996; traducción de Rincón, 2001), Entrevista de Consumo de Alcohol CAGE (Mayfield, Mc Leod y Hall, 1974), Escala de Cambio Percibido (Echeburúa y Corral, 1988) y el Cuestionario de

Satisfacción con el Tratamiento (Larsen, Attkinson, Hargreaves y Nguyen, 1979 versión española en Echeburúa y Corra, 1998), los resultados revelan diferencias estadísticamente significativas mostrándose eficaz los mismos que indican una marcada reducción del TEPT posterior al tratamiento en el que se concluye que es de valor incuestionable la aplicación del programa en grupo. Otro aspecto importante fue la brevedad del programa de intervención que responde a las necesidades de estas mujeres y un aspecto relevante de que el terapeuta sea una mujer.

Echeburúa, Corral, Sarasua y Zubizarreta (1996) en España, realizaron la investigación “Tratamiento Cognitivo-Conductual del Trastorno de Estrés Postraumático Crónico en Víctimas de Maltrato Doméstico: Un estudio piloto”, con una muestra de 62 mujeres que cumplan los criterios para el diagnóstico para el Trastorno de Estrés Postraumático según el DSM-IV. En cuanto a las medidas de evaluación se utilizaron la Entrevista Semiestructurada sobre Maltrato Doméstico (Echeburúa, Corral, Sarasua, Zubizarreta y Sauca, 1994 no publicada), Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático (Echeburúa, Corral, Sarasua, Zubizarreta y Sauca, 1994). Además, se evaluaron otros indicadores psicopatológicos asociados al maltrato doméstico con el Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI) (Spielberger, Gorsuch y Lushene, 1970), Inventario de Depresión de Beck (BDI) (Beck, Rush, Shaw y Emery, 1979), Escala de Autoestima (Rosenberg, 1965) y Escala de Inadaptación (Echeburúa y Corral, 1987). Respecto a los resultados de la intervención terapéutica no se evidenciaron abandonos ni rechazos del tratamiento siendo un éxito terapéutico y muy satisfactorio debido a la desaparición del trastorno de estrés postraumático, concluyendo que el programa cognitivo-conductual propuesto es eficaz para superar el trastorno de estrés postraumático crónico y las variables psicopatológicas asociadas en las víctimas de maltrato doméstico, además de mantener los logros terapéuticos a largo plazo.

1.2. Antecedentes nacionales

Saquinaula (2019), en Chimbote, llevó a cabo el estudio sobre Estrés postraumático y violencia de género en mujeres atendidas en la División Médico Legal de Chimbote con una muestra de 105 mujeres para lo cual utilizó la Escala de Violencia (EV), Valdez et al., (2006), Cuestionario de Experiencias traumáticas (TQ), creada por Davidson y col., (1990), Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático (EGS-R), de Echeburúa y col., (2016) y la Entrevista de trauma de Davidson (DTS), elaborado por Davidson et al., (1997). De los resultados obtenidos en esta investigación y habiendo realizado una comparación con otros resultados relacionados se puede señalar que existe relación significativa entre el TEPT y Violencia Género. En conclusión, se encontró relación muy significativa entre la violencia de género y el trastorno de estrés postraumático, asimismo que un 59% de casos evidencian un grado de violencia leve, además se determinó que un 40% de las mujeres, han desarrollado síntomas de consideración, que aumentan la severidad del cuadro. Por otro lado, se identificó que de los dos tipos de violencia más reportados a través de las encuestas es la violencia psicológica determinado la severidad de síntomas del TEPT y por último se determinó que existe una relación significativa entre el factor afectivo con la violencia de género.

Campos y Lopez (2018) en Arequipa, realizó el estudio “Síntomatología del trastorno de estrés postraumático y autoestima en mujeres de violencia doméstica en Arequipa – 2017”. La muestra estuvo conformada por 40 mujeres adultas con edades entre los 24 a 55 años, de las cuales 15 pertenecen a Aldeas Infantiles Arequipa y 25 mujeres derivadas del Poder Judicial, víctimas de violencia doméstica. Se obtuvieron los datos a través de la Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático (EGS-TEPT) (Echeburúa, E., Corroa, P., Amor, P.J., Zubizarreta, I. Y Sarasua, B. (1997) y Escala de

Autoestima de Rosenberg (EA-ROSENBERG). Se concluyó que existe relación inversamente significativa entre la sintomatología del trastorno de estrés postraumático y la autoestima, es decir la mayor parte de las evaluadas han percibido experiencias angustiosas, expuestas a malos tratos o torturas, han sentido que su vida ha estado en riesgo por lo que muestran nivel bajo de autoestima, con actitudes negativas y concepto de inferioridad además de desprecio tanto social como personal.

Salazar (2019) en Lambayeque, efectuó el estudio “Estrés Postraumático en Pobladores de tres Distritos de Lambayeque afectados por el fenómeno El Niño Costero, 2018”. La muestra estuvo conformada por 372 personas divididas en tres grupos de 124 personas por distrito. Utilizando una encuesta sociodemográfica y la Escala de Trauma de Davison. Se estableció la prevalencia de estrés postraumático en los pobladores de los tres distritos de Lambayeque, afectados por el fenómeno El niño costero ene año 2018. Se concluye que la prevalencia de estrés postraumático en los habitantes de los tres distritos fue de 39.78% y que en su mayoría fueron mujeres cuyas edades oscilan entre 30 a 59 años, de estado civil casada o conviviente, destacando con grado de instrucción primaria y secundaria completa, especialmente en quienes debido al fenómeno El niño costero tuvieron la pérdida o accidente de algún familiar. El distrito con mayor prevalencia de estrés postraumático fue Pacora.

Díaz et al. (2018), en Chiclayo, realizaron la investigación *Violencia hacia la mujer en la etapa de enamoramiento a través de las redes sociales*. Con una muestra de 20 informantes. Para la recogida de datos se utilizó la entrevista semiestructurada, elaborada por las investigadoras y validada por juicio de expertos, y prueba piloto. Además, fue probada por el Comité de Ética de Investigación de la Facultad de Medicina de la Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo, previa firma del consentimiento informado. Dentro de los resultados se identificaron control, manipulación y denigración a

través de las redes sociales. Se concluyó que el uso de los celulares y las redes sociales han sido utilizados como medios de control hacia la mujer. El enamorado conoce la “clave” bajo la connotación de muestra de amor con el fin de tener acceso a la información absoluta convirtiéndose en un recurso para manipular y denigrar logrando tener dominio y hacer uso de amenazas sobre la exhibición de fotos y videos privados.

Romero (2017), en Lambayeque, realizó la investigación sobre violencia de género: Tipo, fase y factores asociados a la violencia en los distritos de Tumbes y José Leonardo Ortiz del departamento de Lambayeque agosto - octubre 2015. La muestra estuvo formada por 378 participantes del distrito de Tumbes y 382 participantes del Distrito de José Leonardo Ortiz. Se aplicaron la Escala de evaluación de tipo y fase de la violencia de género (EETFVG), Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg (GADS), Escala de autoestima de Rosenberg y un Cuestionario sociodemográfico. De los 760 encuestados el 45% por lo menos una vez en su vida fue víctima de violencia física que equivalen a 343 encuestados deduciendo un resultado alto en los distritos estudiados, mientras que el 95% fue víctima al menos una vez en su vida de violencia psicológica que equivalen a 733 encuestados el mismo que denota un gran problema de salud pública dando origen a problemas de salud mental. Finalmente se concluye que el 95% de encuestadas de los distritos de José Leonardo Ortiz y Tumbes se evidencia violencia basada en género. La violencia con mayor prevalencia es la psicológica, seguido de la violencia física y finalmente la violencia sexual.

2. Bases teóricas

2.1. Trastorno por estrés postraumático

El trastorno de estrés postraumático se presentó como diagnóstico en el año 1980 en la tercera versión del Manual diagnóstico de Trastornos Mentales (DSM-III) de la Asociación Americana de Psiquiatría (APA), muchos de los síntomas habían sido identificados

anteriormente en la historia militar con otros nombres como el síndrome del “corazón irritable” o el “síndrome de Da Costa”, la “fatiga de combate” o la “fiebre de las trincheras” (Alarcón, 2002). La guerra es el acontecimiento de mayor violencia que ha suscitado el hombre, es un suceso traumático más severo. Lo que ha permitido a la psiquiatría militar desarrollar trabajos de investigación respecto al TEPT y se haya logrado importantes avances.

A raíz de estas experiencias emocionales identificadas en combates, en la actualidad el TEPT considera otros tipos de eventos “extremos” o “catastróficos”. Hoy existe una larga lista de eventos en la que han sido considerados ataques violentos sexuales, domésticos o por delincuentes, secuestros, actos de terrorismo, desastres naturales, accidentes domésticos o industriales, torturas, diagnósticos médicos serios o enfermedades terminales, pérdidas súbitas de seres queridos, ser testigos de matanzas, masacres, etc. (Alarcón, 2002).

2.1.1. Definición

Trauma tiene su origen en el idioma griego cuyo significado es herida. Es el impacto emocional de un acontecimiento idóneo para ocasionar manifestaciones físicas y psicológicas (Carvajal, 2015).

El Trastorno por estrés postraumático es un trastorno que se establece como reacción tardía o diferida de un acontecimiento traumático y que pone en peligro nuestra vida y la de los demás (Clasificación Internacional de enfermedades – 10 [CIE-10], 1992).

Es exposición a un evento traumático que constituye una amenaza a la integridad de la víctima u otros cercanos a ella y en el que se ocasiona temor, desamparo u horror. Quien posee este diagnóstico revive o reexperimenta a través de recuerdos en el área de la conciencia, pesadillas, “flashbacks”, malestar ante percepciones que le recuerden el suceso y que dará origen a una reacción fisiológica. Se evidencian conductas evitativas de ideas y

lugares asociados al evento traumático; además de manifestaciones de sueño irregular, irritabilidad, disminución de concentración, embotamiento emocional y exagerada inmovilización conductual y motor ante ciertos estímulos. (APA, 2013).

2.1.2. Características

Las características que facilitan el inicio del TEPT, son la elevada intensidad del acontecimiento, su alta frecuencia, la exposición al acontecimiento en edades tempranas, y que el agente causante del acontecimiento sea el ser humano (Echeburúa et al., 1995).

El individuo que cuente con los síntomas de TEPT muestra ansiedad crónica, sentimiento de culpa o vergüenza, impulsividad, conducta autodestructiva y desesperanza. (Alarcón, 2002).

En relación al TEPT, en caso de violencia de género, es necesario identificar los términos y las diferencias de los mismos.

- La *violencia de género* es cualquier tipo de violencia ejercida contra una persona tomando como base su género, es decir, tomando en cuenta construcciones sociales, más que actos o características individuales que haya podido realizar esa persona. Esta violencia refleja y refuerza las desigualdades que siempre han estado presentes entre varones y mujeres, basándose en las expectativas sociales acerca de los roles de cada género.

- *Violencia contra la mujer* es la violencia de género dirigida contra las mujeres, y se caracteriza por ser producto de los modelos y estereotipos de género establecidos por la sociedad, según los cuales el varón ocupa un lugar privilegiado, siendo visto como dominante, proveedor y el sostén económico familiar, mientras que la mujer es caracterizada por conservar un perfil más bajo ante él (Pérez-Correa, Rodríguez-Vega, y Linero-Gómez 2019). Según este punto de vista, el varón considera que está en la potestad y derecho de usar la fuerza contra la mujer para “corregir” su conducta cuando él lo

considere necesario. Esta visión es propia del modelo patriarcal, con un aire superior y hegemónico en nuestra sociedad.

- *Violencia conyugal o de pareja*, vista desde el enfoque sistémico, para Quiñones y Arias (2011), suponen que la violencia en pareja es cualquier vínculo, desarrollo o circunstancia en el que un sujeto atropella o vulnera la integridad física, psicológica o social de otra persona.

- *Violencia conyugal*, siguiendo con el enfoque sistémico, Perrone y Nannini (2005) mencionan que se trata de una retroalimentación circular en el comportamiento de cada miembro implicados en situación de violencia. Igualmente, para Pavón y Riva (2010) es como una estructura de regulación, correspondencia o determinación de enfrentamiento con una serie de interacciones relacionales con falta de opciones.

En la sociedad actual, la violencia contra la mujer se puede manifestar de diversas maneras y en distintas esferas sociales, ya sea como acoso callejero o laboral, e incluso acoso y violencia sexual, tanto en la privacidad familiar como en espacios públicos. Existen varias formas de violencia contra las mujeres, entre ellas el tráfico de personas, la mutilación femenina, feminicidios, la selección prenatal, los crímenes cometidos en nombre del “honor”, entre otras. Una de estas formas de violencia contra la mujer es la violencia de pareja, que constituye el tema central de este estudio. La violencia de pareja es una de las formas de violencia de género más comunes y con gran presencia en el mundo. Afecta, prácticamente, a todos los pueblos, clases sociales y a todos los niveles educativos (Sanmartín, Iborra, García y Martínez 2010). De acuerdo con Fantuzzo y Morh (1999), para una definición más formal, este tipo de violencia se refiere a las actitudes violentas realizadas de manera intencional entre adultos que viven en pareja. Se considera violencia doméstica de pareja al patrón de conducta ofensiva e intencional, que incluye perjuicios físicos, sexuales y psicológicos, además del abuso de control económico, que un adulto

puede ejercer sobre su pareja. Dentro de la relación de pareja se pueden encontrar e identificar los siguientes tipos de violencia (Sanmartín et.al., 2010):

- *Maltrato físico*: Acciones violentas de carácter físico realizadas conscientemente, que provocan, o pueden provocar, daño o lesiones físicas; tales como contusiones, moretones, heridas internas y/o externas, entre otras, pudiendo estas desencadenar en un feminicidio.

- *Maltrato psicológico*: Acciones —por lo general de carácter verbal—o actitudes que provocan, o pueden provocar, daños cognitivos, emocionales o conductuales.

- *Abuso sexual*: Cualquier contacto físico no consentido, en el cual una persona (usualmente del género femenino) es utilizada como medio para obtener estimulación o placer sexual. Este puede ser provocado por un miembro del círculo familiar, o también, por alguien ajeno a la víctima.

- *Abuso económico*: Utilización ilegal o no autorizada de los recursos económicos o de las propiedades personales.

El maltrato contra el sexo femenino por parte de sus parejas, puede tener consecuencias irremediables sobre la salud física y mental de ella. Entre los efectos negativos sobre la salud física, se encuentran problemas reumáticos, trastornos gastrointestinales, problemas de salud de largo plazo como cefaleas crónicas y enfermedades cardiovasculares. Además, cuando se trata de violencia sexual, puede causar enfermedades venéreas, VIH, embarazos no deseados, además de complicaciones en el embarazo (Ramos-Lira, Saltijeral-Méndez, Romero-Mendoza, Caballero-Gutiérrez, Martínez-Vélez, 2001). Incluso se ha encontrado evidencia de que las mujeres maltratadas por sus parejas acuden con más frecuencia al médico por presentar complicaciones de salud (Koss y Harvey 1991). Los problemas psicológicos y emocionales que la violencia intrafamiliar puede provocar a la mujer son: trastorno de estrés postraumático, ansiedad, depresión, entre otros. De acuerdo con Golding citado por Dutton (2006), las mujeres maltratadas físicamente por su pareja, tienen

entre tres a cinco veces más probabilidad de deprimirse, padecer trastorno de estrés postraumático, abuso de sustancias nocivas y tendencias suicidas, comparadas a las mujeres que no han sufrido violencia. También están en mayor riesgo de asumir conductas autodestructivas como el abuso de alcohol y tabaco (Ramos-Lira et al., 2001).

2.1.3. Modelos teóricos

Diversos modelos psicológicos han tratado de explicar el origen del TEPT y aún falta mucho por investigar dada la complejidad de tres aspectos puntuales en esa categoría diagnóstica: los síntomas de reexperimentación, evitación y aumento de la activación.

a) Modelos cognitivos.

Diversas teorías cognitivas intentan explicar el TEPT, expuestas a continuación:

- *Teoría del procesamiento emocional:* Foa y Kozak (1986) explican acerca de las estructuras del miedo e intentan exponer la reexperimentación de la sintomatología existente en el TEPT. El modelo plantea que los síntomas de reexperimentación del TEPT es el resultado de la activación de uno o más elementos de la red de miedo asociativa en la memoria a largo plazo en el que se ubican: información estimulante respecto al evento traumático, información sobre reacciones fisiológicas, cognitivas y conductuales de la persona durante el evento traumático, así como datos que agrupa los dos tipos de información anteriores. En tal sentido el miedo intenso y el malestar refuerzan el TEPT, el que no permite a la víctima el enfrentamiento prolongado con las situaciones que rememoran el trauma. Por otro lado, la constante evitación a fin de bloquear el acceso a las estructuras de miedo y de esta manera impedir la adaptación a la ansiedad generada por estímulos, va a generar los síntomas del TEPT de manera crónica.

Para lo cual, los investigadores sostienen que para la superación del trauma será necesaria la activación de la red de miedo y la modificación de la red de miedo, así como su integración con las estructuras de memoria existentes. Por lo que defienden la

exposición prolongada al recuerdo traumático como vía de intervención más eficaz en un ambiente seguro para dar origen a la modificación de las redes de miedo a través de dos procesos: permite el acceso y la activación de la red de miedo presente en los recuerdos traumáticos y considera para el individuo una experiencia correctora, al proponer información incompatible con los errores cognitivos elaborados al descubrir que la amenaza percibida por la persona no concuerda con la existencia de una amenaza real, permitiendo esta nueva experiencia establecer un nuevo procesamiento emocional más organizado de la información del suceso y su integración con las estructuras de memoria preexistentes. Asimismo, la exposición permite la habituación al miedo, disminuyendo el miedo asociado a determinados estímulos en la memoria traumática y afrontando la creencia de que la ansiedad es estable.

- *Teoría de la representación dual:* Brewin, Dalgleish y Joseph (1996) es una teoría de las más consistentes desde la perspectiva científica para en la explicación del TEPT además de ser un modelo teórico utilizado para justificar la intervención terapéutica para víctimas de violencia doméstica con TEPT. Tiene como objetivo analizar los procesos de memoria implicados en el TEPT en el que identifica un sistema de memoria múltiple con dos tipos de representación y almacenaje de la información relacionada con el trauma que explicarían los síntomas del TEPT.

La primera representación es en la *memoria verbalmente accesible (VAM)* comprende una elevada precisión de análisis respecto a la experiencia consciente del sujeto acerca del suceso traumático y que puede ser voluntariamente recuperada. Los recuerdos representados en este nivel pueden incluir muchos detalles de la situación traumática; sin embargo, es frecuente que estos recuerdos sean en gran manera selectivos por el alto índice de ansiedad experimentado en el acontecimiento traumático donde aumenta la selectividad atencional del individuo, interfiriendo en la capacidad de la memoria a corto plazo.

Además, incluye información respecto a algunas características sensoriales de la situación, reacciones emocionales y fisiológicas y el significado que el sujeto otorga a la experiencia traumática.

La segunda representación es la *memoria situacionalmente accesible (SAM)*, relacionada con los *flashbacks* la misma que recoge con escasa precisión de análisis toda información presente durante el trauma. En este nivel las memorias se representan a manera de códigos analógicos las que convertirán la experiencia original en forma de pesadillas o flashbacks que darán origen a respuestas emocionales en la persona quien llega a ser consciente de estas representaciones cuando experimenta síntomas a través de activación emocional, impulsos a nivel motor, imágenes intrusivas espontáneas o estados disociativos de conciencia, lo que establece una respuesta inmediata para la supervivencia.

Brewin, et. al. (1996), recomiendan dos puntos importantes al momento de la intervención: reevaluación e integración consciente de información acerca del trauma considerado en la memoria verbalmente accesible con las cogniciones previas del mundo y de sí mismos con el objetivo de reducir reacciones emocionales secundarias por la experiencia traumática como culpa, desesperanza o indefensión a fin de realizar juicios idóneos sobre sí mismo y el mundo; y por otro lado activar las memorias del trauma de la SAM por exposición a estímulos asociados al trauma y propiciar la recodificación por la VAM. Por lo tanto, en la intervención es necesario, aplicar técnicas cognitivas con el propósito de reevaluar reacciones emocionales secundarias como culpa, desesperanza, indefensión resultado de la evaluación que conscientemente a realizado el sujeto del suceso traumático y por otro lado el uso de técnicas de exposición a las memorias traumáticas para su debida extinción de respuestas emocionales condicionadas al miedo con el propósito de lograr su procesamiento a nivel verbal.

b) Modelo sistémico.

- *Teoría de la dinámica relacional*: refiere los intercambios en las interacciones de la pareja en el que se evidencian un conjunto de motivaciones que orientan la conducta, fases y articulaciones de acomodación que los integrantes hacen uso para cubrir sus necesidades y cumplir con los trabajos establecidos. Asimismo, está compuesto por un grupo de normas de mutuo acuerdo que da origen la manera, cuándo y con quien se relaciona cada uno de los integrantes en diferentes situaciones, según el ciclo de vida en el que se encuentren (Membrillo, 2008).

Velásquez, Ortega, Garrido, Reyes y Guadalupe (2008), sostienen que las relaciones incluyen cooperación, intercambio, poder y conflicto que se encuentra en la pareja. Viveros y Arias (2006), aseguran que la dinámica relacional está íntimamente ligado con circunstancias en las que surgen formas de regulación en que se encuentran inmersos los modos de relacionamiento, funciones y roles distribuidos.

Componentes de la dinámica relacional: Existen diversos autores que describen los componentes de la Dinámica Relacional, como:

Cohesión, para Gonzales, Núñez y Álvarez (2003), Nares (2009) y la Consejería de Salud y Servicios Sociales (2003) sostienen que es la conexión emocional e independencia que se identifica en los integrantes de la familia vinculada con el nivel de diferenciación de los mismos.

Adaptabilidad es concebida como una competencia para variar, cambiar y modificar familiarmente a los menesteres que se presenten. Gonzales et.al, (2003), Nares (2009) y la Consejería de Salud y Servicios Sociales (2003).

Comunicación, para Vangelisti (2004), sostiene que es un proceso simbólico y transaccional en el que se levanta y se distribuye significados exclusivos.

Rol, para ello Membrillo (2008), es un modelo de conducta característico y que se espera de un individuo.

Reglas, en este componente planteado por Bronfman (2000), afirma que son las que establecen, de lo que se permite y no se permite en la relación.

Limites, igualmente Viveros y Arias (2006), se refieren a la dimensión en el que se faculta la seguridad sin abandonar la individualización y diferenciación de los individuos.

2.2. Programa de intervención

La violencia de género acarrea consecuencias devastadoras en las vidas de muchas mujeres inmersas en este tipo de situaciones. Los programas desarrollados para esta problemática han sido destinados a la mejora de la autoestima y dotar de habilidades que permitan a las víctimas afrontar el maltrato con el fin de recuperar el control de sus vidas (Walker, 1991).

Por otro lado, diversas investigaciones han tenido como objetivos identificar y modificar creencias erróneas y responder de manera adaptativa a la situación de abusos, reducir sentimientos de culpa, manifestar adecuadamente la ira y lograr independencia. Es importante indicar que existen escasos programas para minimizar la sintomatología postraumática como consecuencias psicológicas de la violencia doméstica y que la mayoría de mujeres lo padecen.

Levendosky y Graham-Bermann (2001) realizaron un estudio en el que concluyen que el TEPT es desarrollado por un 45 a 84% de víctimas de violencia. Asimismo, Echeburúa et al. (2002) investigaron que el TEPT se desarrolla de un 45 a 60% de ellas.

En este sentido cualquier tratamiento dirigido a víctimas de violencia doméstica, primero es necesario eliminar los síntomas del TEPT que dan origen a malestares permanentes e incapacitantes para las personas que lo sufren y que además limitan para enfrentar la situación en que se encuentran. Por lo que, se hace necesario ante todo

suprimir los síntomas de reexperimentación haciendo uso de las técnicas de exposición las mismas que han demostrado su eficacia en la práctica y los síntomas de aumento de activación utilizando técnicas de control de activación y entrenamiento en relajación o en control de la respiración. Por lo tanto, es imprescindible incluir técnicas para aumentar el estado de ánimo, la autoestima, desarrollo de habilidades con el propósito de enfrentar a la vida cotidiana y conseguir mejor adaptación.

La ejecución de un programa de tratamiento en grupo es de gran valor para la problemática motivo de estudio. En la experiencia del maltrato doméstico, quién se supone seguro, confunde a sus víctimas haciéndoles creer que ellas son responsables y culpables del problema. El hecho de participar en un grupo de tratamiento permite descubrir su problemática en otras mujeres, ayuda a entender que la anormalidad está en la situación de maltrato y no en ellas, descubriendo que no son culpables de la experiencia que han vivido, les obliga a hacer uso de la práctica de habilidades sociales que por las experiencias vividas han perdido posibilitando recobrar la confianza y lograr enlazarse con otras personas dando origen a nuevas redes sociales y de apoyo consiguiendo una mejor adaptación social.

Este tipo de intervención permite a las instituciones llamadas a intervenir en estas situaciones de malos tratos, aumentar la cobertura y disminuir los costes.

También es importante considerar que al realizar la intervención sea aplicada en un tiempo breve ya que las víctimas deben readaptarse de manera apremiante a un nuevo estilo de vida.

Dado a que hay un escaso desarrollo de programas de tratamiento específicos para este tipo de víctimas, el programa de tratamiento que se propone, ha sido diseñado cumpliendo con todas estas características y que además aplicado de manera parcial ha demostrado ser

eficaz para víctimas de violencia doméstica con diagnóstico de TEPT. (Labrador, Fernández-Velasco y Rincón, 2004).

2.2.1. Modelo de intervención en violencia conyugal

a) La intervención sistémica.

se centra en dos objetivos, de lo intrapsíquico a lo interpersonal y del por qué al cómo. La Terapia Familiar Sistémica centra su interés en el sistema, contrariamente a las teorías psicológicas tradicionales centradas únicamente en el individuo, pasando de lo intrapsíquico al interpersonal. En la intervención sistémica, el individuo no es el origen de la dificultad, es más bien la estructura, los problemas que persisten y se mantienen debido al comportamiento del paciente y los individuos con quienes interactúa sobre todo con las personas más significativas para él en el sistema y que por lo tanto le otorga sentido al motivo de consulta. (Hernández, 2005).

Balanza et al. (2010), sostiene que la intervención en situaciones de violencia de género, demanda atender a los subsistemas como:

Las madres, con el objetivo de brindarles soporte y mecanismos imprescindibles para comprender del problema y hacer factible el cambio y salida del problema violento. Lo que involucra un trabajo terapéutico que proteja a las madres a subsanar las consecuencias de los daños a través de la psicoeducación el mismo que fomentar habilidades parentales y sociales para establecer un hogar protegido además de asegurar los cuidados de la familia.

Los niños, con el fin de considerar las consecuencias e inconvenientes de crecimiento como producto del sufrimiento y/o haber presenciado la violencia de género.

La familia, para fomentar un método cimentado en el afecto sólido entre sus miembros. Lo que conlleva a una intervención con la madre, niños, adolescentes, con la familia extensa e individuos de confianza que apoye a redefinir el sistema además de fortalecer las

interacciones familiares fundamentadas en el apego incondicional de seguridad en acorde a las particularidades y necesidades de los menores.

La psicoterapia sistémica no se guía por modelos clásicos de la psicopatología. En este sentido lo que explora es la salida o desvinculación de los problemas motivos de consulta. Por su parte, Nardone y Fiorenza (2004) consideran que lamentablemente, en muchas ocasiones la enfermedad que presenta el paciente es la que debe adaptarse al modelo del psicoterapeuta. Asimismo, Fishman y Riesman (2005), estiman que el centro de atención de la psicoterapia deber ser el cambio más que la cura ya que este último término se asocia con consideraciones de enfermedades como síntomas presentes o ausentes en relación al cambio que alude al proceso e interacción. Además, los cambios se transmiten a través del lenguaje, lo que hace relevante el estar atentos a las diferentes manifestaciones como los silencios, gestos, expresiones faciales, etc. Por lo tanto, el psicoterapeuta sistémico acude al lenguaje en todas sus medidas.

En el escenario de la psicoterapia, Calvete, Estévez y Corral (2007), afirma que las narraciones de atropello aparecen gradualmente en el proceso de intervención, siendo minimizadas o justificadas en un primer momento. La primera fase es descriptiva e importante por lo que brinda el fundamento para construcciones futuras. Es importante identificar en que escenarios se establecen las interacciones violentas, a quién o quienes comprometen y cuál es el momento. Al no poder ocultarse el tema de la violencia, evidencia la importancia de estimar el desarrollo del tratamiento como cimentación constante en medio de las personas involucradas en el conflicto. Arinero (2004), sostienen el tratamiento como construcción social posee la virtud de producir un medio para acomodar los enfrentamientos.

García (2010), refiere que, al momento de acudir a terapia los consultantes, el problema se identifica por una estructura la narrativa, con vivencias que tienen un orden y secuencia

en el tiempo. En ocasiones existen variaciones del relato que impera, asimismo se observa una narrativa alterna. Igualmente, el autor sostiene que la manifestación de una narrativa alterna, es clave para otorgar relevancia al encadenamiento de vivencias desatendidas con anterioridad.

- Técnicas y procedimientos del modelo de intervención sistémica: La externalización es una técnica psicoterapéutica más utilizada en la intervención, donde los consultantes otorgan un nombre a los síntomas para rescatar la libertad. Para lo cual, el terapeuta maneja el lenguaje externalizador en la intervención. Por ejemplo: cuando el consultante refiere sentirse “angustiado”, frente al problema, el terapeuta guía al consultante a otorgar un nombre a su sentimiento y el consultante puede denominarlo como una “angustia agobiante”, a continuación, el terapeuta le pregunta cómo la “angustia agobiante” alcanza a paralizarlo y hacerlo sentir inseguro de lo que hace diariamente. En lo sucesivo el consultante debe referirse al problema de “angustia agobiante” como algo separado de él en oposición con lo que debe hacer frente para recuperar su autoconfianza. Desde esta perspectiva las personas enfrentan dificultades con la bebida y son asaltados con sentimientos de tristeza. La idea es proporcionar al consultante herramientas para hacer frente a los síntomas. Raich, Gutiérrez y Esparza (2013) afirma que la externalización es positiva en su abordaje con familias inflexibles al cambio. Asimismo, Paunovic y Öst (2001) expone que lo más relevante en terapia de la externalización es la distancia que se ubica entre la persona y problema, por lo que ocasiona en el consultante una posición eficaz ante el problema. Otros procedimientos empleados fueron: juego de roles, dibujos, connotaciones positivas, metáforas, etc.

Entre los procedimientos de intervención se considera el juicio de expertos, los cuales apoyan para el diseño y validación de instrumentos que sirven para la recolección de información como: historia clínica, formato de recepción de caso, protocolo de sesiones y

un formato de cierre de los casos. Sin embargo, se debe considerar de la misma forma el uso de consentimiento para los niños, haciendo énfasis que las intervenciones realizadas en cámara Gessell, además se podría usar las filmaciones (audio y video) con la finalidad de organizar las sesiones, cotejar el discurso, analizar el lenguaje no verbal, reinformar el desarrollo del proceso, para finalmente la transcripción y el análisis general.

b) Programa de intervención para el TEPT según Echeburúa.

Echeburúa, Corral, Amor, Zubizarreta y Sarasua (1996) desarrollaron la Escala de gravedad de Síntomas del trastorno de Estrés Postraumático (EGS), la misma que es una entrevista estructurada útil para diagnosticar el TEPT en víctimas diversas además de evaluar la gravedad e intensidad de los síntomas de este cuadro clínico acorde a los criterios diagnósticos del DSM-V y evaluar la frecuencia e intensidad de los síntomas del TEPT de forma conjunta. Se trabaja de esta manera ya existe una elevada correlación entre ambas modalidades de cada síntoma y de esta manera se agiliza y facilita la evaluación. Sus propiedades psicométricas son de alta consistencia y muy satisfactorias.

- Evaluación de los síntomas del TEPT según Echeburúa, et al (1996)

Asimismo, los resultados del análisis factorial apoyan los cuatro núcleos de síntomas del DSM-5.

Reexperimentación: Cinco ítems hacen referencia a los síntomas caracterizados por reexperiencias reiteradas de acontecimientos altamente angustiantes debido al aumento de la activación cerebral y comportamientos de evitación de los estímulos relacionados con el trauma. Es el elemento nuclear del diagnóstico TEPT.

Evitación conductual/cognitiva: Tres ítems relacionados a los síntomas a hacer esfuerzos para evitar gente, conversaciones o situaciones interpersonales, actividades, lugares recordatorios físicos que motivan recuerdos del evento traumático, así como mayor frecuencia de estados emocionales negativos tal es el miedo, culpa, tristeza, vergüenza,

confusión. Además, de disminuido interés o participación en actividades significativas, inhibición social y reducción en la manifestación de las emociones positivas.

Alteraciones cognitivas y estado de ánimo negativo: Siete ítems hacen referencia a los síntomas cognitivos y estado de ánimo. Estos síntomas incluyen el embotellamiento emocional, presencia de creencias negativas sobre uno mismo y el futuro, además pueden hacer que la persona se inhiba socialmente de amigos y familiares.

Aumento de la activación y reactividad psicofisiológica: Seis ítems evalúan los síntomas de comportamiento irritable y arranques de ira aún sin motivo alguno, se muestra agresivamente tanto verbal como físicamente, con hipervigilancia, respuesta de sobresalto exagerada, disminución de la concentración asimismo con dificultad para conciliar o mantener el sueño.

2.2.2. Aspectos generales del programa de intervención

Es un programa grupal, en el que se puede distribuir cuatro participantes por grupo, con una frecuencia de una sesión a la semana y una duración de 90 minutos por sesión. Los elementos principales son: psicoeducación, entrenamiento en relajación, terapia cognitiva y terapia de exposición.

Cabe hacer énfasis que la primera sesión se orienta a la psicoeducación en el que se abordarán los siguientes aspectos: Cuál es el problema, objetivos del tratamiento y revisión de conceptos de violencia doméstica, ciclo y escalada de violencia además de entrenamiento en relajación a través de la técnica de control de la respiración, que se seguirá practicando a lo largo del programa.

A partir de la segunda sesión el tratamiento dirigido a mujeres maltratadas, ha sido distribuido por cinco módulos de la siguiente manera:

Tabla 1

Resumen de sesiones

Módulo	n° de sesiones	Objetivo
Autoestima	02	Reconocer cualidades y limitaciones, haciendo énfasis en las características positivas y centrarse en el potencial de sí mismas y no en la victimización.
Estado de ánimo	02	Aprender comportamientos eficaces de interacción social.
Exposición	03	Facilitar destrezas para afrontar la vida y lograr fortaleza, solidez, progreso y bienestar.
Reevaluación cognitiva	02	Trabajar creencias irracionales interiorizadas para transformarlas en creencias racionales más eficaces y saludables para el bienestar de la mujer en sus diferentes roles.
Solución de problemas	02	Desarrollar esquemas adecuados de afrontamiento de la tensión y autocontrol para conseguir el bienestar psicológico.

Fuente: Elaboración propia

La preferencia y disposición de los módulos a trabajar estarán condicionados a los síntomas y la gravedad que se determinen en las participantes.

Siempre y cuando se identifiquen a mujeres que hayan desarrollado estrés postraumático o los síntomas de reexperimentación, evitación e hiperactivación sean importantes aún, cuando no cumplan los criterios para el diagnóstico del trastorno, se propone el uso de los siguientes módulos: a) Reevaluación cognitiva, b) Autoestima, c) Solución de problemas, y d) Exposición. La jerarquía de presentación de las sesiones es fundamental en este caso, para lo cual es indispensable que la exposición se aplique al final del tratamiento, después de haber trabajado los sentimientos procedentes de la evaluación que la misma víctima hace respecto a la violencia experimentada, de tal manera que, al exponerse al evento traumático únicamente se estimularán sentimientos de miedo o ansiedad, siendo la técnica de exposición más efectiva. (Brewin, Dalglish y Joseph, 1996).

En circunstancias en que los síntomas sean baja autoestima y bajo estado de ánimo, se sugieren los módulos de: a) Estado de ánimo, b) Autoestima y c) Solución de problemas.

Por lo tanto, se trata de organizar un programa de intervención adaptable a las necesidades de cada caso. Sucederá que en algunos casos la gravedad sea tal que demande hacer uso de todos los módulos y en otros casos sólo sea necesario desarrollar la sesión inicial de psicoeducación y entrenamiento en relajación, con algún módulo aislado.

En todas las situaciones se comenzará por la sesión inicial y terminará con la sesión final del tratamiento la misma que permite evaluar los cambios resultados tras el mismo. También es útil, como se sugiere en la sesión final, programar evaluaciones de seguimiento con las integrantes del grupo de manera individual con el fin de verificar el mantenimiento de los cambios a mediano y largo plazo, realizando el seguimiento al mes, tres, seis y doce meses posteriores a la culminación del tratamiento.

Para las sesiones que necesariamente van ligadas, como la segunda sesión de autoestima, que por defecto debe ir posteriormente a la primera sesión de autoestima, se explica en la *revisión de tareas*, lo que debe abordarse de manera específica. Lo que no sucede en las primeras sesiones ya que su ubicación depende del criterio clínico del profesional que haga uso del programa de tratamiento que se propone, en el que únicamente realiza una descripción general de la revisión de tareas, aun así, queda claro que deben comprobarse las que hayan sido recomendadas en la sesión anterior.

2.2.3. Descripción del tratamiento.

a) Sesión inicial de la terapia en grupo para mujeres víctimas de violencia doméstica: en esta sesión se llevará a cabo la presentación y bienvenida de la terapeuta, así como de las participantes, en la que además se realizará una descripción de actividades y normas de trabajo, explicación del problema que aqueja a todas las participantes, descripción del tratamiento e indicación del número de sesiones, periodicidad y tiempo en que se realizarán haciendo énfasis en la importancia de la participación y realización de tareas. Finalmente se enseña el ejercicio de relajación practicando la técnica de control de la

respiración.

Tabla 2

Sesión inicial

Actividad	Materiales	Duración
Presentación de las participantes y de la terapeuta	• Un plumón. Una tarjeta y un alfiler para cada miembro del grupo.	15 minutos
Establecimiento de las normas de trabajo en grupo	• Tarjetas con normas de trabajo. • Compromiso de Secreto Terapéutico.	10 minutos
Explicación del problema	• Ninguno.	05 minutos
Explicación de los objetos del tratamiento	• Ninguno.	05 minutos
Explicación de los conceptos de ciclo y escalada de violencia	• Tríptico ciclo y escalada de violencia, por participante.	15 minutos
Entrenamiento en control de la respiración	• Pauta de ejercicios para el control de la respiración	35 minutos
Asignación de tareas:	- Autorregistro de ejercicio de control de respiración, por participante.	05 minutos
- Ejercitar control de la respiración		
- Registrar síntomas de reexperimentación (sólo si se aplicará más adelante el módulo de exposición)	- Autorregistro de síntomas de reexperimentación, por participante.	

Fuente: Labrador, Fernández-Velasco y Rincón (2004), Protocolo de tratamiento a mujeres víctimas de violencia doméstica: programa de actuación. Madrid.

• Módulo de Autoestima: Primera Sesión

La sesión se da inicio con la revisión de tareas identificando posibles dificultades que puedan haber surgido. A través de un ejercicio, se identifican características positivas y negativas para trabajar la autoestima abarcando diversas áreas como físicas, intelectuales, sociales, familiares, etc.; con el fin de guiar la reevaluación cognitiva de las percepciones erróneas puestas de manifiesto. Se continúa con la práctica de la técnica de control de la respiración asignando tareas y realizando finalmente la evaluación de la sesión.

Tabla 3

Primera sesión de autoestima

Actividad	Materiales	Duración
Revisión de tareas.	- Ninguno.	10 minutos
Mejora de autoestima.	- Un pliego de papel y un rotulador, por participante.	60 minutos
Ejercicio de relajación: Control de la respiración.	- Ninguno.	05 minutos
Asignación de tareas:	- Tríptico de autoestima, por participante.	10 minutos
- Leer material autoestima.		
- Realizar un registro de 10 cualidades positivas de sí mismas diarias.	- Autorregistro de cualidades positivas diarias, por participante.	
- Ejercitar control de la respiración.		
Evaluación sesión.	- Escala de Cambio Percibido y un bolígrafo, por participante.	05 minutos

Fuente: Labrador, Fernández-Velasco y Rincón (2004), Protocolo de tratamiento a mujeres víctimas de violencia doméstica: programa de actuación. Madrid.

• Módulo de autoestima: segunda sesión

Se analizan posibles dificultades en la ejecución de las tareas preescritas. A partir del ejercicio realizado en la sesión anterior, se trabaja el incremento de cualidades positivas a través de la exposición. Ejercicio de técnica de control de la respiración. Asignación de tareas en relación con lo trabajado en esta sesión. Se solicita a las participantes que completen la Escala de Cambio Percibido.

Tabla 4

Segunda sesión de autoestima

Actividad	Materiales	Duración
Revisión de tareas.	- Ninguno.	15 minutos
Mejora de autoestima.	- Dibujo realizado en la sesión anterior y 1 rotulador, por participante. - Pizarra y rotulador.	60 minutos
Ejercicio de relajación: Control de la respiración.	- Ninguno.	05 minutos
Asignación de tareas: - Identificar y registrar diariamente diez cualidades positivas propias. - Elaborar una frase que contenga tres cualidades positivas. - Ejercitar control de la respiración	- Autorregistro de cualidades positivas diarias, por participante.	05 minutos
Evaluación	- Escala de Cambio Percibido y un bolígrafo, por participante.	05 minutos

Fuente: Labrador, Fernández-Velasco y Rincón (2004), Protocolo de tratamiento a mujeres víctimas de violencia doméstica: programa de actuación. Madrid.

• Módulo Estado de ánimo: Primera sesión

Se comenta la realización de las tareas asignadas y posibles dificultades. Se informa sobre la realización de actividades o ausencia que favorece el estado de ánimo. Se hará un análisis de actividades diarias obligatorias y/o agradables que realizan analizando los pensamientos y sentimientos relacionados con estas, para favorecer una identificación de los pensamientos negativos y a la vez un aprendizaje en forma de discusión, de validez y utilidad de los mismos. Además, se otorgarán recursos a las participantes para que puedan expresar adecuadamente sentimientos tanto positivos como negativos. Se practica la técnica de control de respiración, culminando con la asignación de tareas.

Tabla 5

Primera sesión de estado de ánimo

Actividad	Materiales	Duración
Revisión de tareas.	- Ninguno.	10 minutos
Psicoeducación.	- Pizarra y rotulador.	10 minutos
Programa de actividades agradables.	- Un pliego de papel y un rotulador, por participante.	25 minutos
Expresión de sentimientos.	- Ninguno.	30 minutos
Ejercicio de relajación: Control de la respiración.	- Ninguno.	05 minutos
Asignación:	- Autorregistro de pensamientos asociados a las actividades diarias.	05 minutos
- Registrar actividades realizadas (obligatorias y gratificantes) y pensamientos asociados a la ejecución de dichas actividades.	- Autorregistro de actividades agradables pasables, presentes y futuras.	
- Identificar y registrar actividades agradables pasadas/presentes/futuras.		
- Ejercitar control de la respiración.		
Evaluación sesión.	- Escala de Cambio Percibido y un bolígrafo, por participante.	05 minutos

Fuente: Labrador, Fernández-Velasco y Rincón (2004), Protocolo de tratamiento a mujeres víctimas de violencia doméstica: programa de actuación. Madrid.

• Módulo estado de ánimo: segunda sesión

Se comenta la realización de las tareas asignadas y posibles dificultades. Partiendo del registro trabajado en la sesión anterior, comprobar la presencia de creencias distorsionadas, relacionadas con la minimización de capacidades y maximización de la dificultad, prestando atención a éxitos parciales y niveles bajos de agrado para contrarrestar estos pensamientos. Se practica la técnica de control de respiración. Asimismo, se asignarán tareas y evaluarán finalmente la sesión a través de la Escala de Cambios Percibidos.

Tabla 6

Segunda sesión de estado de ánimo

Actividad	Materiales	Duración
Revisión de tareas sesión.	- Ninguno.	10 minutos
Programa de actividades agradables.	- Un pliego de papel y un rotulador, por participante.	65 minutos
Ejercicio de relajación: Control de la respiración	- Ninguno.	05 minutos
Asignación de tareas:	- Autorregistro de actividades gratificantes, por participante.	05 minutos
- Realizar actividades gratificantes.		
- Ejercitar control de la respiración.		
Evaluación sesión	- Escala de Cambio Percibido y un bolígrafo, por participante.	05 minutos

Fuente: Labrador, Fernández-Velasco y Rincón (2004), Protocolo de tratamiento a mujeres víctimas de violencia doméstica: programa de actuación. Madrid.

- Módulo exposición: primera sesión

Comentar la ejecución de tareas para casa, así como posibles dificultades. Explicar a las participantes la necesidad de exponerse a la situación temida, con el fin de que se habitúen a ella y deje de producirles miedo. La exposición se realizará con la imaginación las que les produce ansiedad, a las que estén dispuestas a enfrentarse. Se practica la técnica de control de respiración. Asimismo, se asignan tareas. Evaluación de la sesión.

Tabla 7

Primera sesión de exposición

Actividad	Materiales	Duración
Revisión de tareas.	- Ninguno.	10 minutos
Exposición.	- 6 tarjeta y un bolígrafo, por participante. - Grabadora y casete, por participante.	60 minutos
Ejercicio de relajación: Control de la respiración.	- Ninguno.	05 minutos
Asignación de tareas: - Autoexposición en imaginación. - Autorregistro de situaciones evitadas. - Ejercitar control de la respiración.	- Autorregistro de tareas de exposición al relato de la situación vivida, por participante. - Autorregistro de situación evitadas, por participante.	10 minutos
Evaluación sesión	- Escala de Cambio Percibido y un bolígrafo, por participante.	05 minutos

Fuente: Labrador, Fernández-Velasco y Rincón (2004), Protocolo de tratamiento a mujeres víctimas de violencia doméstica: programa de actuación. Madrid.

• Módulo exposición: segunda sesión

Se indaga acerca de la experiencia al exponerse al relato de la situación traumática, identificando diferencias en el grado de ansiedad y posibles dificultades. Se solicita a las participantes que lleven a cabo la exposición en la imaginación de la situación elegida describiendo detalles tanto como sea posible incluyendo características sensoriales y en primera persona. En esta sesión se evalúa la posibilidad de exposición en vivo a algunas de las situaciones evitadas. Si es posible se planifica la exposición con coterapeuta, en compañía de otra participante. Se practica la técnica de control de la respiración y asigna tareas para ser consideradas en un registro. Finalmente se pide a las participantes la evaluación de la sesión a través de la Escala de Cambio Percibido.

Tabla 8

Segunda sesión de exposición

Actividad	Materiales	Duración
Revisión de tareas.	- Ninguno.	10 minutos
Exposición.	- Grabadora y casete por participante.	60 minutos
Ejercicio de relajación: Control de la respiración.	- Ninguno.	05 minutos
Asignación de tareas:	- Autorregistro de tareas de exposición al relato de la situación vivida, por participante.	10 minutos
- Autoexposición en imaginación.		
- Autoexposición en vivo.		
- Ejercitar control de la respiración	- Autorregistro de tareas de exposición a situaciones evitadas, por participantes.	
Evaluación sesión.	- Escala de Cambio Percibido y un bolígrafo, por participante.	05 minutos

Fuente: Labrador, Fernández-Velasco y Rincón (2004), Protocolo de tratamiento a mujeres víctimas de violencia doméstica: programa de actuación. Madrid.

• Módulo exposición: tercera sesión

Se realizan la revisión de tareas y se analizan las situaciones en las que se expusieron en vivo, comentando la ansiedad experimentada y las técnicas de afrontamiento empleadas. Las participantes leen lo que han escrito y comentan el significado que tiene lo que experimentaron en ese momento en relación a la ansiedad y creencias acerca de sí, los demás y el mundo. Se trabaja el ejercicio de relajación practicando la técnica de control de la respiración. Se asignan tareas y finalmente se evalúan la sesión a través de la Escala de Cambio Percibido.

Tabla 9

Tercera sesión de exposición

Actividad	Materiales	Duración
Revisión de tareas.	- Ninguno.	15 minutos
Exposición.	- Hoja para registro del relato de una situación de maltrato y un bolígrafo, por participante.	55 minutos
Ejercicio de relajación: Control de la respiración.	- Ninguno.	05 minutos
Asignación de tareas: - Autoexposición en vivo. - Ejercitar control de la respiración.	- Autorregistro de tareas de exposición a situaciones evitadas, por participantes.	10 minutos
Evaluación de la sesión.	- Escala de Cambio de Percibido y un bolígrafo, por participante.	05 minutos

Fuente: Labrador, Fernández-Velasco y Rincón (2004), Protocolo de tratamiento a mujeres víctimas de violencia doméstica: Programa de actuación. Madrid.

• Módulo reevaluación cognitiva: primera sesión

Se empieza revisando las tareas de la sesión anterior, comentando posibles dificultades. En esta sesión se explica a las participantes la estrecha relación que existe entre lo que pensamos y sentimos y viceversa, y cómo los pensamientos correctos conducen a sentimientos apropiados mientras que los pensamiento erróneos o inexactos generan sentimientos no válidos o innecesarios. Se realizan ejercicios de detención del pensamiento orientando que frente a esta experiencia tenemos dos alternativas: analizar los pensamientos y darnos cuenta del error o eliminar la cadena de pensamientos que aparecen de manera casi automática y son autodevaluantes. Se practica la técnica de control de respiración. Evaluación de la sesión.

Tabla 10

Primera sesión de reevaluación cognitiva

Actividad	Materiales	Duración
Revisión de tareas.	- Ninguno.	10 minutos
Detención de pensamiento.	- Un bolígrafo y un par de folios, por participante.	55 minutos
Ejercicio de relajación: Control de la respiración.	- Ninguno.	05 minutos
Asignación de tareas:	- Autorregistro de detención de pensamiento, por participante.	15 minutos
- Ejercitar detención de pensamiento.	- Pizarra y rotulador. Una hoja A-B-C, por participante	
- Completar hojas de A-B-C.		
- Ejercitar control de la respiración.		
Evaluación de la sesión.	- Escala de Cambio Percibido y un bolígrafo, por participantes.	05 minutos

Fuente: Labrador, Fernández-Velasco y Rincón (2004), Protocolo de tratamiento a mujeres víctimas de violencia doméstica: programa de actuación. Madrid.

• Módulo reevaluación cognitiva: segunda sesión

Se inicia con la revisión de tareas asegurándonos que no haya confusión entre pensamientos y sentimientos. Se pone énfasis en que la conducta violenta es el producto de los pensamientos y emociones del maltratador y no de las conductas de las participantes. Siendo conscientes de que no existe ninguna conducta que justifique el maltrato. Se practica la técnica de control de la respiración. Asignación de tareas y evaluación de la sesión a través de la Escala de Cambio Percibido.

Tabla 11

Segunda sesión de reevaluación cognitiva

Actividad	Materiales	Duración
Revisión de tareas	- Ninguno.	10 minutos
Reevaluación cognitiva.	- Un pliego de papel y un rotulador.	60 minutos
Ejercicio de relajación: Control de la respiración	- Ninguno.	05 minutos
Asignación de tareas: - Completar hojas A-B-C-D. - Ejercitar control de la respiración.	- Hoja A-B-C-D, por participante.	10 minutos
Evaluación de la sesión.	- Escala de Cambio Percibido y un bolígrafo, por participante.	05 minutos

Fuente: Labrador, Fernández-Velasco y Rincón (2004), Protocolo de tratamiento a mujeres víctimas de violencia doméstica: programa de actuación. Madrid.

• Módulo solución de problemas: primera sesión

Se realiza la revisión de tareas y se otorga técnicas para la solución de problemas para lo cual se ejecuta un ejercicio de trabajo en parejas describiendo el problema en términos claros y concretos, haciendo uso de información relevante de los hechos y no a opiniones ni creencias. Se practica la técnica de control de la respiración. Asignación de tareas y evaluación de la sesión a través de la Escala de Cambio Percibido.

Tabla 12

Primera sesión de solución de problemas

Actividad	Materiales	Duración
Revisión de tareas.	- Ninguno.	15 minutos
Solución de problemas.	- Un folio y un bolígrafo por participante. - 2 pliegos de papel y 2 rotuladores.	55 minutos
Ejercicio de relajación: Control de la respiración.	- Ninguno.	05 minutos
Asignación de tareas:	- Autorregistro de definición de problemas, por participante.	10 minutos
- Identificar y registrar situaciones problemáticas, definiéndolas adecuadamente.	- Tríptico de solución de problemas, por participante.	
- Leer material de solución de problemas.		
- Ejercitar control de la respiración.		
Evaluación de la sesión.	- Escala de Cambio Percibido y un bolígrafo por participante.	05 minutos

Fuente: Labrador, Fernández-Velasco y Rincón (2004), Protocolo de tratamiento a mujeres víctimas de violencia doméstica: programa de actuación. Madrid.

• Módulo solución de problemas: segunda sesión

Se inicia haciendo la revisión de tareas, comentando posibles dificultades. Se analiza en el grupo el problema de alguna participante que quiera poner de ejemplo poniendo en práctica los pasos de la solución de un problema. Las participantes trabajan en parejas en la resolución de algunos de los problemas que definieron en la semana, exponiéndolo en público y el resto de las integrantes del grupo hacen aportaciones en relación a lo trabajado por cada pareja. Ejercicio de relajación. Se practica la técnica del control de respiración. Se solicita a las participantes que identifiquen y registren situaciones problemáticas y solucionen siguiendo los pasos ya entrenados. Se sugiere llevar en casa el ejercicio de control de la respiración finalizando con la evaluación de la sesión a través de la Escala de Cambio Percibido.

Tabla 13

Segunda sesión de solución de problemas

Actividad	Materiales	Duración
Revisión de tareas.	- Ninguno.	15 minutos
Solución de problemas.	- Pizarrón 2 pliegos de papel y 2 rotuladores.	60 minutos
Ejercicio de relajación: Control de la respiración.	- Ninguno.	05 minutos
Asignación de tareas:	- Autorregistro de solución de problemas, por participante.	05 minutos
- Identificar, registrar y solucionar situaciones problemáticas.		
- Ejercitar control de la respiración.		
Evaluación de la sesión.	- Escala de Cambio Percibido y un bolígrafo, por participante.	05 minutos

Fuente: Labrador, Fernández-Velasco y Rincón (2004), Protocolo de tratamiento a mujeres víctimas de violencia doméstica: programa de actuación. Madrid.

- Sesión final de la terapia en grupo para mujeres víctimas de violencia doméstica

Se hace la revisión de tareas y se pregunta por posibles dificultades, reforzando con palabras de afirmación el trabajo de las tareas asignadas. Se explica el final del tratamiento por lo que esta última sesión será dedicada a su evaluación. Se hará en dos modalidades: primero, de la puesta en común de lo vivido a lo largo de las sesiones; segundo, a través de los mismos cuestionarios completados en la sesión previa al inicio de la terapia que tuvieron cada una de ellas. Finalmente se explica el plan de seguimiento haciendo énfasis que frente a cualquier problema pueden recurrir a la terapeuta.

Tabla 14

Sesión Final

Actividad	Materiales	Duración
Revisión de tareas.	- Ninguno.	20 minutos
Evaluación del tratamiento:	- Tarjetas de evaluación del tratamiento.	70 minutos
- Evaluación cualitativa.		
- Aplicación de instrumentos de autoinforme.	- Instrumentos de autoinforme utilizados en la evaluación pretratamiento y un bolígrafo, por participante.	
- Ejercicio de ayuda mutua.	- Un caramelo por participante.	

Fuente: Labrador, Fernández-Velasco y Rincón (2004), Protocolo de tratamiento a mujeres víctimas de violencia doméstica: programa de actuación. Madrid.

1. Definición de términos

-Trauma: Son reflejos de imágenes de un evento ocurrido que quedan grabadas a fuego en la memoria icónica del sujeto. Es como si la memoria se encasquillara y no pudiera dar una salida normal a las experiencias vividas. (Echeburúa y Corral, 1995)

-Maltrato doméstico: hace referencia a agresiones, físicas, psíquicas o sexuales ejecutadas de forma reiterada en la dinámica familiar por parte de un familiar, que perjudica la libertad de otra persona probando daño físico o psicológico. (Echeburúa, et.al, 1997).

-Trastorno: Es una alteración de tipo emocional, cognitivo y/o comportamiento, en los quedan alterados los procesos psicológicos como la emoción, motivación, cognición, conciencia, conducta, percepción, aprendizaje, lenguaje, etc. Impidiendo a la persona su adecuada adaptación al entorno socio-cultural generando de malestar subjetivo. (Confederación española de agrupaciones de familiares y personas con enfermedad mental – FEAFES, 2008).

2. Hipótesis de la investigación

La presente investigación corresponde al diseño experimental de tipo pre experimental.

2.1. Hipótesis general

El “Programa Floreciendo Juntas” es eficaz sobre el trastorno de estrés postraumático en mujeres víctimas de violencia familiar de la provincia de Chiclayo, 2020.

2.2. Hipótesis específicas

El “Programa Floreciendo Juntas” es eficaz sobre la reexperimentación del trastorno de estrés postraumático en mujeres víctimas de violencia familiar de la provincia de Chiclayo, 2020.

El “Programa Floreciendo Juntas” es eficaz sobre la evitación del trastorno de estrés postraumático en mujeres víctimas de violencia familiar de la provincia de Chiclayo, 2020.

El “Programa Floreciendo Juntas” es eficaz sobre las alteraciones cognitivas y estado de ánimo negativo del trastorno de estrés postraumático en mujeres víctimas de violencia familiar de la provincia de Chiclayo, 2020

El “Programa Floreciendo Juntas” es eficaz sobre el aumento de la activación del trastorno de estrés postraumático en mujeres víctimas de violencia familiar de la provincia de Chiclayo, 2020.

Capítulo III

Materiales y métodos

1. Diseño y tipo de investigación

El presente estudio corresponde a un tipo de investigación cuantitativo, de diseño pre experimental con evaluación antes y después de la intervención, por lo que se elaboró y aplicó el programa de intervención “Floreciendo juntas” para disminuir el TEPT de las víctimas de la violencia de género de Chiclayo (Hernández, Fernández y Baptista, 2014).

2. Variables de la investigación

2.1. Definición conceptual de las variables

2.1.1. Variable independiente

El Programa “Floreciendo Juntas”.

Que es un programa de intervención y tratamiento para trabajar con víctimas de violencia doméstica, de aplicación breve para una readaptación urgente de la víctima a un nuevo estilo de vida. (Labrador, Fernández-Velasco y Rincón, 2004)

2.1.2. Variable dependiente

El Trastorno por estrés postraumático.

Que es un trastorno mental clasificado dentro del grupo de los trastornos relacionados con traumas y factores de estrés. Es la exposición a la muerte, lesión grave o violencia sexual ya sea real o amenaza con presencia de recuerdos, sueños, reacciones disociativas, malestar psicológico y reacciones fisiológicas intensas que en algunos casos lleva a quien lo sufre a evitar estímulos asociados al suceso traumático, además de alteraciones negativas cognitivas y del estado de ánimo así también con alteración importante del

estado de alerta y reactividad que empieza o empeora después del suceso traumático. (APA, 2013).

Echeburúa, et al. (2014) describe al TEPT como sentimientos de terror e indefensión debido a impactos fuertes, generando incapacidad emocional e inseguridad en la persona que lo sufre.

2.2. Operacionalización de las variables

Tabla 15

Operacionalización de la variable trastorno de estrés postraumático

Variable	Dimensiones	Definición	Ítems	Instrumento	Categoría de respuesta
Trastorno de Estrés Postraumático	Reexperimentación	Recurrencia de una experiencia previa al episodio traumático	1,2,3,4,5,	Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático (Echeburúa, Amor, Muñoz, Sarasua y Zubizarreta, 2017)	0: Nada
	Evitación	Es el bloqueo de sentimientos, tanto negativos como positivos, que tiene como consecuencia un deterioro de las relaciones personales	6,7,8		1: Una vez por semana o Menos/Poco
	Alteraciones cognitivas y estado de ánimo negativo	Es la presencia de creencias negativas sobre uno mismo y el futuro, y de retraimiento social.	9,10,11,12,13,14,15		2: De 2 a 4 veces por semana /Bastante
	Aumento de la activación	Manifestación psicosomática frente al episodio postraumático (sobresaltos exagerados, hipervigilancia, insomnio, irritación, dificultades de concentración, etc.)	16, 17,18,19,20,21		3: 5 o más veces por semana /Mucho

Tabla 16

Operacionalización del Programa Floreciendo Juntas

Variable	Dimensión	Definición	Contenido	Metodología	Medida	Valoración
“Programa Floreciendo Juntas” sobre el trastorno de estrés postraumático en mujeres víctimas de violencia familiar.	Módulo Autoestima	Sentimiento de contentamiento que un individuo tiene sobre si mismo.	Sesión 1: Duración: 90 min	Revisión de tareas Mejora de autoestima Ejercicio de relajación Asignación de tareas Evaluación sesión. Revisión de tareas	Cualitativa	Programa elaborado por Labrador, Fernández-Velasco y Rincón. (2004)
			Sesión 2 Duración: 90 min	Mejora de autoestima Ejercicio de relajación Asignación de tareas Evaluación sesión. Revisión de tareas Psicoeducación.		
			Sesión 3 Duración: 90 min	Programa de actividades agradables Expresión de sentimientos Ejercicio de relajación Asignación de tareas Evaluación sesión. Revisión de tareas		
	Módulo Estado de animo	Es la disposición emocional de las personas para asumir actitudes, experimentar y expresar afectos.	Sesión 4 Duración: 90 min	Programa de actividades agradables Ejercicio de relajación Asignación de tareas Evaluación sesión.	Cualitativa	
			Sesión 5 Duración: 90 min	Revisión de tareas Exposición		
	Módulo Exposición	Es una técnica de tratamiento eficaz para problemas aversivos.	Sesión 6 Duración: 90 min	Ejercicio de relajación (control de respiración)	Cualitativa	
			Sesión 7 Duración: 90 min	Asignación de tareas Evaluación sesión. Revisión de tareas Detención de pensamiento		
			Sesión 8 Duración: 90 min	Ejercicio de relajación (control de respiración) Asignación de tareas Evaluación sesión. Revisión de tareas		
	Módulo Reevaluación cognitiva	Es una estrategia de regularización emocional que involucra volver a designar una situación para cambiar su consecuencia emocional.	Sesión 9 Duración: 90 min	Reevaluación cognitiva Ejercicio de relajación (control de respiración) Asignación de tareas Evaluación sesión.	Cualitativa	
			Sesión 10 Duración: 90 min	Revisión de tareas Solución de problemas Ejercicio de relajación (control de respiración)		
	Módulo Solución de problemas	Es el proceso psíquico que las personas ejecutan para encontrar, examinar y solucionar problemas.	Sesión 11 Duración: 90 min	Asignación de tareas Evaluación sesión		

3. Delimitación geográfica y temporal

El presente estudio se realizó en la provincia de Chiclayo, durante el período de octubre de 2020 a enero de 2021.

4. Población y muestra

4.1. Población

Como parte de la población se identificaron 60 casos de mujeres víctimas de violencia de género.

4.2. Muestra

Participaron 09 mujeres que llegaron a consulta entre los meses de octubre 2020 a enero 2021, considerando que el número de participantes fue mayor tomando en cuenta posibles deserciones. Las participantes fueron consideradas a solicitud del sistema consultante de la provincia de Chiclayo.

4.2.1 Características de la muestra

En la tabla 17, se aprecia las características de la muestra relacionadas a edad, estado civil, situación laboral, frecuencia de violencia física, entre otras particularidades.

Tabla 17

Características de la muestra en estudio

	n	%
Edad		
22	1	11.1%
27	2	22.2%
28	1	11.1%
29	2	22.2%
31	1	11.1%
33	1	11.1%
39	1	11.1%
Estado civil		
Soltera	6	66.7%
Casada	3	33.3%
Situación laboral		
Administradora	1	11.1%
Ama de casa	6	66.7%
Estudiante	1	11.1%
Obrera	1	11.1%
Frecuencia de violencia física		
Episodio único	3	33.3%
Episodios continuos	6	66.7%
Ocurre actualmente		
Si	3	33.3%
No	6	66.7%
Secuelas físicas de maltrato		
Si	3	33.3%
No	6	66.7%
Recibió tratamiento previo		
Si	0	0%
No	9	100%
Exposición de violencia en la infancia		
Si	3	33.3%
No	6	66.7%

4.3. Criterios de inclusión y exclusión

4.3.1. Criterios de inclusión

- Mujeres víctimas de violencia familiar.
- Mujeres cuyas edades oscilan entre los 22 a 39 años de edad.
- Mujeres sin diagnóstico psicológico.
- Mujeres de los diferentes distritos de la provincia de Chiclayo.

- Mujeres con consentimiento informado.

4.3.2. Criterios de exclusión

- Mujeres víctimas de violencia familiar menores de 22 años y mayores a 39 años.
- Mujeres que cuenten con tratamiento psicológico.
- Mujeres que cuenten con tratamiento psiquiátrico.
- Mujeres que acudan a consulta psicológica, de diferentes distritos de la provincia de Chiclayo.

5. Instrumento

En la presente investigación se empleará la Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático elaborado por Echeburúa, et, al. (1997) en España. Es una escala estructurada con 21 ítems, en formato tipo Likert de 0 a 3 según continuidad y e intensidad de los síntomas. Cuenta con una parte elemental (EGS-R) constituida por 21 ítems (rango: 0-63 puntos) en relación con los criterios diagnósticos del DSM-5 (APA, 2013), de las cuales 5 corresponden a la intrusión (rango: 0-15), 3 a la evitación conductual/cognitiva (rango: 0-9), 7 a alteraciones cognitivas y estado de ánimo negativo (AC/EAN) (rango: 0-21) y 6 a hiperactivación (rango: 0-18). Asimismo, 4 están referidas a la disociación (rango: 0-12). Además, su eficiencia es muy alta tanto en la parte elemental, así como la consistencia interna de la parte complementaria, ha sido validada por un grupo forense en la investigación teniendo como objetivo contribuir a la evaluación de la gravedad de los síntomas TEPT en el contexto judicial. En relación a la fiabilidad de la prueba, se obtuvo que el coeficiente de fiabilidad test-retest fue de 0,89, considerando que el *alfa de Cronbach* fue de 0,92. Así mismo pasó por validez de contenido, donde todos los ítems presentaron índice. Para fines del presente estudio, se realizó la validez de constructo por medio de criterio de jueces, obteniendo un coeficiente de V-Ayken correspondiente a 0.80.

El programa ha sido elegido teniendo en cuenta las áreas trabajadas, las mismas que están consideradas en el instrumento utilizado para dicho fin, cuyos resultados son evidencia de su validez.

6. Proceso de recolección de datos

Respecto a la ejecución del programa, se gestionó la autorización pertinente a las participantes, para tal fin, se procedió a realizar la selección de mujeres víctimas violencia familiar, las mismas que fueron previamente diagnosticadas con el TEPT en consulta privada. Una vez realizada la selección, se brindó orientación acerca del llenado del instrumento. Terminada la recolección de información se coordinaron los días, horarios y periodo para el desarrollo de las sesiones del programa de intervención. Al finalizar, las 11 sesiones se coordinó la aplicación del instrumento (post test), con las mismas participantes. Todo este proceso se llevó a cabo durante los meses de octubre 2020 a enero 2021 de manera presencial en la ciudad de Chiclayo.

7. Procesamiento y análisis de datos

En relación al análisis de datos se empleó el software estadístico SPSS versión 22.0., que permitió ingresar manualmente los datos para su debida limpieza y recodificación.

Para evaluar si las variables presentaban una distribución normal en ambas evaluaciones se utilizó el coeficiente de Shapiro-Wilk (S-W) ya que la muestra era pequeña. Además, se utilizó el coeficiente de Wilcoxon para comparar ambas evaluaciones (pre-post) y el estadístico d de Cohen para valorar el tamaño de efecto de las diferencias.

Capítulo IV

Resultados y discusión

1. Resultados

1.1 Análisis descriptivo

1.1.1 Análisis descriptivo pre intervención

Se aprecia en la tabla 18 que todas las mujeres evidencian un Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT) antes de iniciar el programa de intervención. Respecto a sus componentes se aprecia que todas las mujeres evidencian síntomas clínicos de reexperimentación, es decir suelen recordar reiteradamente acontecimientos altamente angustiantes. De manera similar se aprecia que todas las participantes muestran síntomas clínicos de evitación conductual y cognitiva hacía lugares, personas y situaciones interpersonales que motiven recuerdos del evento traumático. También se aprecia que todas las mujeres evidencian alteraciones cognitivas y del estado de ánimo. Finalmente, se aprecia que todas las participantes muestran síntomas clínicos de activación, es decir muestran un comportamiento irritable, agresivo, hipervigilancia, reactividad emocional, dificultad para dormir entre los principales síntomas.

Tabla 18

Análisis descriptivo del TEPT antes de la intervención

	Ausencia de TEPT		Presencia clínica de TEPT	
	n	%	n	%
Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT)	0	0%	9	100%
Re experimentación	0	0%	9	100%
Evitación	0	0%	9	100%
Alteraciones cognitivas y estado de ánimo negativo (ACN/EAN)	0	0%	9	100%
Aumento de la activación	0	0%	9	100%

1.1.2 Análisis descriptivo post intervención

En la tabla 19 se aprecia que todas las mujeres evidencian ausencia de un Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT) después de terminar el programa de intervención. Respecto a sus componentes se aprecia que todas las mujeres evidencian ausencia de síntomas clínicos de re experimentación después de terminar el programa de intervención. De manera similar se aprecia que todas las participantes no presentan síntomas clínicos de evitación conductual y cognitiva hacía lugares, personas y situaciones interpersonales que motiven recuerdos del evento traumático. También se aprecia que la mayoría de las mujeres (88.9%) evidencian ausencia de alteraciones cognitivas y del estado de ánimo. Solo una mujer sigue manteniendo alteraciones cognitivas y del estado de ánimo después de terminar el programa. Finalmente se aprecia que todas las participantes no muestran síntomas clínicos de activación después de terminar el programa de intervención.

Tabla 19

Análisis descriptivo del TEPT después de la intervención

	Ausencia de TEPT		Presencia clínica de TEPT	
	n	%	n	%
Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT)	9	100%	0	%
Re experimentación	9	100%	0	%
Evitación	9	100%	0	%
Alteraciones cognitivas y estado de ánimo negativo	8	88.9%	1	11.1%
Aumento de la activación	9	100%	0	%

1.2 Prueba de normalidad

Con el propósito de realizar los análisis comparativos y contrastar las hipótesis planteadas, se procedido a realizar primero la prueba de bondad de ajuste para precisar si las variables presentan una distribución normal en ambas evaluaciones. En ese sentido la tabla 20 presenta los resultados de la prueba de bondad de ajuste de Shapiro-Wilk (S-W).

Como se observa no todas las variables presentan distribución normal. Por tanto, para el análisis estadístico se empleará estadística no paramétrica.

Tabla 20

Prueba de bondad de ajuste a la curva normal para las variables de estudio

Dimensiones	Pre test				Post test			
	Media	D.E.	S-W	P	Media	D.E.	S-W	P
TEPT total	48.89	3.01	.959	.784	6.78	2.16	.960	.798
Re experimentación	10.89	1.76	.852	.079	1.44	.72	.763	.008
Evitación	7.22	.97	.903	.273	1.00	.86	.823	.037
ACN/EAN	16.56	1.51	.886	.180	2.44	1.23	.889	.195
Aumento de la activación	14.22	1.56	.951	.701	1.89	.92	.760	.007

1.3 Análisis comparativo antes y después de la intervención

Se aprecia en la tabla 21 que existen diferencias significativas en la presencia del Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT) en mujeres víctimas de violencia de género ($Z = -2.677$; $p < .001$) antes ($M = 48.8$) y después ($M = 6.7$) de participar en el programa de intervención. Los valores de la media evidencian que las mujeres no presentan síntomas clínicos de Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT) luego de finalizar el programa de intervención. Además, el tamaño efecto asociado a la diferencia fue alto ($d = .63$). También se aprecia que existen diferencias significativas en la presencia de síntomas de re-experimentación antes ($M = 10.8$) y después ($M = 1.4$) de participar en el programa de intervención ($Z = -2.680$; $p < .001$). Los valores de la media evidencian que las mujeres víctimas de violencia de género no evidencian síntomas clínicos de re experimentación luego de finalizar el programa de intervención. De manera similar, se observa que existen diferencias significativas en la presencia de síntomas de evitación antes ($M = 7.2$) y después ($M = 1.0$) de participar en el programa de intervención ($Z = -2.694$; $p < .001$). Los valores de la media evidencian que las mujeres víctimas de violencia de género no muestran síntomas clínicos de evitación luego de finalizar el programa de intervención. Además, se aprecia que existen diferencias significativas en la presencia de síntomas de

alteraciones cognitivas y del estado de ánimo, antes ($M = 16.5$) y después ($M = 2.4$) de participar en el programa de intervención ($Z = -2.694$; $p < .001$). Los valores de la media evidencian que las mujeres víctimas de violencia de género no muestran síntomas clínicos de alteraciones cognitivas y del estado de ánimo luego de finalizar el programa de intervención. Finalmente, se aprecia que existen diferencias significativas en la presencia de síntomas de activación antes ($M = 14.2$) y después ($M = 1.8$) de participar en el programa de intervención ($Z = -2.716$; $p < .001$). Los valores de la media evidencian que las mujeres víctimas de violencia de género no muestran síntomas clínicos de activación luego de finalizar el programa de intervención. Es importante señalar que el tamaño de efecto asociado a todas estas diferencias fue moderado (Caycho, 2017).

Tabla 21

Comparación antes y después del programa en el grupo estudio

Practicas parentales	n	M	SD	Z	p	d de Cohen
Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT)						
Pre test	9	48.8	3.0	-2.677	.007	.631
Post test	9	6.7	2.1			
Re experimentación						
Pre test	9	10.8	1.7	-2.680	.007	.632
Post test	9	1.4	.7			
Evitación						
Pre test	9	7.2	.9	-2.694	.007	.635
Post test	9	1.0	.8			
ACN/EAN						
Pre test	9	16.5	1.5	-2.694	.007	.635
Post test	9	2.4	1.2			
Aumento de la activación						
Pre test	9	14.2	1.5	-2.716	.007	.640
Post test	9	1.8	.9			

2. Discusión

Los resultados de la presente investigación demostraron que el “Programa Floreciendo Juntas” es estadísticamente eficaz sobre el Trastorno de Estrés Postraumático en mujeres

víctimas de violencia familiar al contrastar la media del antes ($M = 48.8$) y después ($M = 6.7$) de participar del programa ($Z = -2.677$; $p < .001$), ya que mostraron una disminución estadísticamente significativa en la sintomatología de reexperimentación, evitación, alteraciones cognitivas y aumento de la activación, lo cual es similar a otros estudios en los que se aborda de forma directa el tratamiento de este trastorno (Matud, Padilla, Medina y Fortes, 2016 y Rincón, 2003). Diversas investigaciones como la de Rincón, Labrador y Crespo (2004) encontraron que las mujeres víctimas de violencia física o sexual experimentan ausencia de bienestar psicológico, mayor riesgo a padecer depresión, síndrome de dolor crónico, trastornos psicosomáticos, baja autoestima y conductas de riesgo como el consumo de drogas e intentos de suicidio. Ante esto, Corredor y Gómez (1999) explicaron que mantener una adecuada autoestima contribuye a desarrollar y utilizar de forma correcta las estrategias de afrontamiento, control de situaciones hostiles y menores niveles de depresión y estrés que puede padecer el individuo. Asimismo, se encontró que este trastorno puede llegar a ser más duradero y grave cuando el suceso es muy intenso, la víctima es emocionalmente vulnerable o no cuenta con el apoyo social y familiar necesario (Resnick et al.2007). Por lo tanto, este programa es una guía psicológica enfocada en el desarrollo de las potencialidades de la mujer, cuya finalidad es que logre recuperar el control de su vida, aumentar su autoestima y reducir o eliminar los síntomas del trastorno con el apoyo social y familiar.

En cuanto al primer objetivo específico, se halló que el “Programa Floreciendo Juntas” es estadísticamente eficaz sobre la dimensión reexperimentación del Trastorno de estrés postraumático en mujeres víctimas de violencia familiar, los resultados ($M = 10.8$) fueron antes de iniciar el programa y ($M = 1.4$) después del tratamiento del programa ($Z = -2.680$; $p < .001$). De la misma manera, lo demuestra el estudio de Raich, Gutiérrez y Esparza (2013) quienes señalaron que las participantes después del programa de intervención

mejoraron la calidad y cantidad de sueño, la relación y el trato con sus hijos, su estado de ánimo y cuando aparecían los recuerdos intrusivos o los sueños se sentían menos angustiadas que antes de iniciar el programa. La reexperimentación se manifiesta a través de recuerdos o sueños intrusivos, conocidos como “flashbacks” que van de la mano con el malestar físico y psicológico (APA, 2013); frente a esta situación, Raich, Gutiérrez y Esparza (2013) explican que continuar viviendo con su agresor y en el lugar de los ataques puede originar la reactivación de los estímulos físicos por la sintomatología traumática grave revelados en sueños con imágenes cargadas de violencia y flashbacks inesperados. De modo que como señala Astin y Reisch (1997) es imprescindible la expresión afectiva cuyo fin es que el recuerdo del trauma se procesa totalmente y ya teniendo acceso a éste, se desvanecerá y se iniciará el trabajo en la adaptación de los recuerdos a los esquemas.

Referente a la segunda hipótesis específica, se evidenció que el “Programa Floreciendo Juntas” es estadísticamente eficaz sobre la dimensión evitación del Trastorno de estrés postraumático en mujeres víctimas de violencia familiar, con un resultado antes ($M = 7.2$) e incidiendo de forma positiva en el resultado después ($M = 1.0$) de participar del programa ($Z = -2.694$; $p < .001$). Sobre la evitación, se conoce que la persona al sentir miedo por los recuerdos que le provocan el suceso traumático, desarrolla un gran número de mecanismos protectores para enfrentarse a esas manifestaciones desagradables y evita conversaciones, actividades, lugares o personas y así evadir el malestar (Espinoza, 2015). De acuerdo a Balanza, et al. (2010) las mujeres que padecen el Trastorno de estrés postraumático disminuyen los síntomas, principalmente la depresión y culpa luego de participar del programa, manteniéndose por seis meses hasta un año, en los estudios de Kubany y Echeburúa respectivamente. Es primordial una intervención centrada en solución de problemas, reestructuración cognitiva y actividades gratificantes para las víctimas de violencia que presentan evitación a pensamientos, imágenes y conversaciones asociadas al

evento debido a que carecen de estas habilidades (McNamara, Ertl y Neufeld, citado por Arinero, 2004).

Con respecto a la tercera hipótesis específica, se determinó que el "Programa Floreciendo Juntas" resultó estadísticamente eficaz en la reducción de la dimensión alteraciones cognitivas y estado de ánimo negativo del Trastorno de estrés postraumático en mujeres víctimas de violencia familiar en los resultados antes ($M = 16.5$) y después ($M = 2.4$) de participar del programa ($Z = -2.694$; $p < .001$). De igual manera, la investigación de Grijalba (2007) explica que el Trastorno de estrés postraumático afecta el estado de ánimo, el nivel de ansiedad, autoestima y el sistema de creencias previo interfiriendo y deteriorando el funcionamiento general de la víctima, además de un alto nivel de inadaptación en el desempeño de sus actividades cotidianas al enfrentar los retos y problemas con un esfuerzo mínimo; no obstante, al abordar este trastorno, la persona afectada puede incorporar recursos para adaptarse al medio y dar cara a los retos que se le presentan diariamente. Cabe señalar que aquellos individuos que poseen creencias inflexibles sobre sí mismos y el mundo; en otras palabras, un modelo esquemático supervalorado, se les dificultará integrar la información sobre el trauma mientras que aquellos con creencias más flexibles, logran adaptar la información incongruente del suceso traumático con la preexistente, lo que ayudará a que después de las reacciones postraumáticas iniciales, se desvanecerán conforme se realice la integración de la nueva información dentro los esquemas anteriores (Brewin, 2001). Asimismo, Calvete, Estévez y Corral (2007) detectaron cogniciones negativas en víctimas de violencia, lo cuales pueden ser rígidos y duraderos a través del tiempo, pero el trauma puede producir cambios en éstos.

Por último, la cuarta hipótesis demostró que el "Programa Floreciendo Juntas" es estadísticamente eficaz sobre la dimensión aumento de la activación del trastorno de estrés

postraumático en mujeres víctimas de violencia familiar, con un resultado ($M = 14.2$) antes del programa y ($M = 1.8$) después ($Z = -2.716$; $p < .001$), en cuanto a este resultado, Sierra et al. (2014) evaluaron a 900 mujeres peruanas que habían sido víctimas de violencia física por sus parejas, encontrando que se asociaban con la ansiedad, psicoticismo, ansiedad fóbica y desarrollaba sentimientos y conductas de ira, irritabilidad, resentimiento y agresividad. Así también, Labrador et al. (2009) explica que estar en constante aumento de activación genera que la víctima realice conductas agresivas hacia otros ya que experimenta ira, cólera, impotencia, cansancio e insomnio y como consecuencia siente que pierde la razón o su salud mental y que no podrá salir de esa situación porque ve la solución. Sobre las conductas agresivas, éstas se manifiestan mediante la irritabilidad y los ataques de ira siendo un síntoma prevalente en las mujeres que sufrieron de algún tipo de violencia, causa problemas de relacionamiento con las personas que le rodean, expresa reproches hacia el agresor o la familia por falta de apoyo (García, 2010).

Capítulo V

Conclusiones y Recomendaciones

1. Conclusiones

Teniendo en cuenta los resultados encontrados en esta investigación, se concluye lo siguiente:

De acuerdo con la hipótesis general, se encontró que el “Programa Floreciendo Juntas” es estadísticamente eficaz sobre el trastorno de estrés postraumático en mujeres víctimas de violencia familiar, con una media de $M = 48.8$, antes de participar del programa; y con una media de $M = 6.7$, después de participar del programa ($Z = -2.677$; $p < .001$), demostrando, en el tratamiento experimental, su efectividad para la reducción de la sintomatología del TEPT. Además de ello el programa aumenta los niveles de autoestima y desarrolla las habilidades sociales en las mujeres víctimas de violencia familiar.

En relación con la primera hipótesis específica, se halló que el “Programa Floreciendo Juntas”, en la dimensión re-experimentación, es estadísticamente eficaz sobre el trastorno de estrés postraumático, en mujeres víctimas de violencia familiar, con la diferencia de los resultados entre antes ($M = 10.8$), y después ($M = 1.4$) de participar del programa ($Z = -2.680$; $p < .001$).

Del mismo modo, en la segunda hipótesis específica, se evidenció que el “Programa Floreciendo Juntas”, en la dimensión evitación, es estadísticamente eficaz sobre la dimensión evitación del trastorno de estrés postraumático en mujeres víctimas de violencia familiar, con la diferencia de los resultados entre antes ($M = 7.2$) y después ($M = 1.0$) de participar del programa ($Z = -2.694$; $p < .001$).

Con respecto a la tercera hipótesis específica, se determinó que el “Programa Floreciendo Juntas”, en la dimensión alteraciones cognitivas, es estadísticamente eficaz sobre el trastorno de estrés postraumático en mujeres víctimas de violencia familiar, cuyos resultados son antes ($M = 16.5$) y después ($M = 2.4$) de participar del programa ($Z = -2.694$; $p < .001$).

Finalmente, en la cuarta hipótesis específica, se demostró que el “Programa Floreciendo Juntas”, en la dimensión aumento de la activación, es estadísticamente eficaz sobre el trastorno de estrés postraumático en mujeres víctimas de violencia familiar, cuyos resultados son: antes ($M = 14.2$) y después ($M = 1.8$) de participar del programa ($Z = -2.716$; $p < .001$),

2. Recomendaciones

Considerando los resultados encontrados en la presente investigación, se brindan las siguientes recomendaciones:

- Ampliar la cantidad de participantes de la investigación para realizar mayor comparación de resultados.
- Contrastar los resultados de este estudio en otras regiones del Perú.
- En futuras investigaciones, profundizar la investigación sobre la sintomatología del trastorno de estrés postraumático en mujeres víctimas de violencia familiar, y cómo éste afecta significativamente su entorno familiar y social.
- Replicar este estudio en poblaciones de distinta ubicación demográfica del país.
- Se sugiere a los sectores públicos y actores sociales, tener en cuenta los resultados del presente trabajo, para aplicar programas en contra de la violencia familiar en poblaciones de riesgo.
- Implementar y ejecutar campañas de prevención y promoción de la salud mental en mujeres enfocándose en el reconocimiento de la violencia y estrategias de afrontamiento.

Referencias

- Alarcón, R. (2002). Trastorno por estrés postraumático: estudios en veteranos de guerra norteamericanos y su relevancia para América Latina. *Revista chilena de neuropsiquiatría*, 40(2), 35-47. Recuperado de https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272002000600004
- American Psychiatric Publishing. (2018). *Manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales, quinta edición (DSM-5)*. (Libro on-line en Internet). Recuperado de https://psychiatryonline.org/pb-assets/dsm/update/DSM5Update_octubre2018_es.pdf
- Arias, Patricio R., & y García, Felipe E., (2019). Crecimiento postraumático en sobrevivientes de los terremotos en Ecuador y Chile. *Ajayu Órgano de Difusión Científica del Departamento de Psicología*, 17(2), 317-331. Recuperado de http://www.scielo.org.bo/pdf/rap/v17n2/v17n2_a05.pdf
- Arinero, M. (2006). *Análisis de la eficacia de un programa de intervención psicológica para víctimas de violencia doméstica*. (Tesis doctoral). Universidad Complutense de Madrid. Recuperado de <http://eprints.ucm.es/tesis/psi/ucm-t29611.pdf>
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2013). Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM 5. Arlington, VA, Asociación Americana de Psiquiatría.
- Astin, M. y Resick, P. (1997). *Tratamiento cognitivo conductual del trastorno por estrés postraumático*. En V. E. Caballo (dir.), *Manual para el Tratamiento Cognitivo – Conductual de los Trastornos Psicológicos*. Madrid: Siglo XXI de España Editores, S.A
- Balanza, P., et al. (2010). *Guía práctica clínica: Actuación en salud mental con mujeres maltratadas por su pareja*. Servicio Murciano de Salud. Recuperado de

- https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2018/12/GPC_470_maltratadas_compl.pdf
- Brewin, C. (2001). A cognitive neuroscience account of posttraumatic stress disorder and its treatment. *Behaviour Research and Therapy*, 39, 373-393. Recuperado de: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11280338/>
- Brewin, CR., Dalgleish, T. y Joseph, S. (1996). Una teoría de doble representación del trastorno de estrés postraumático. *Revisión psicológica*, 103 (4), 670-686. <https://doi.org/10.1037/0033-295X.103.4.670>
- Bronfman, M. (2000). *Como se vive se muere. Familia, redes sociales y muerte infantil*. Cuernavaca-México: Universidad Nacional Autónoma de México
- Calvete E., Estévez A. y Corral S. (2007). Trastorno por estrés postraumático y su relación con esquemas cognitivos disfuncionales en mujeres maltratadas. *Psicothema*, 19(3), 446-451. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/727/72719314.pdf>
- Campos, I. y López, S. (2018). *Sintomatología del Trastorno de Estrés Postraumático y Autoestima en Mujeres de Violencia Doméstica en Arequipa – 2017*. (Tesis de pregrado). Universidad Nacional de San Agustín. Arequipa. Recuperado de <http://repositorio.unsa.edu.pe/handle/UNSA/7078>
- Carvajal, A. (2015). *Eficacia de un Programa de Tratamiento para Mujeres Víctimas de Violencia de Pareja con Estrés Postraumático: Resultados de un Estudio Piloto*. (Tesis de maestría). Universidad Católica de Colombia. Bogotá. Recuperado de <https://repository.ucatolica.edu.co/bitstream/10983/2561/1/Eficacia%20de%20un%20Programa%20de%20Tratamiento-violencia%20de%20pareja.pdf>
- Corredor, J. y Gómez, V. (1999). Autoestima, interacciones maternas y depresión en mujeres con múltiples roles. *Psicología Contemporánea*, 6(2), 40–47. Recuperado de: <https://unhealthywork.org/about-us/team/viviola-gomez-ortiz-phd/>

- Díaz, J., Pacheco, K., Díaz, R., Cervera, M., Banda, A. y Rodríguez, L. (2018), Violencia hacia la mujer en la etapa de enamoramiento a través de las redes sociales. *Revista Ene de Enfermería*, 13(1), 1-14. Recuperado de <https://scielo.isciii.es/pdf/ene/v13n1/1988-348X-ene-13-01-e1314.pdf>
- Dutton, D. (2006). *The Abusive Personality: Violence and Control in Intimate Relationships*. Nueva York: Guilford Press.
- Echeburúa, E., Amor, P., Sarasua, B., Zubizarreta, I., Holgado-Tello, F. y Muñoz, J. (2016). Escala de Gravedad de Síntomas Revisada (EGS-R) del Trastorno de Estrés Postraumático según el DSM-5: propiedades psicométricas. *Terapia psicológica*, 34(2), 111-128. Recuperado de https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-48082016000200004
- Echeburúa, E., Corral, P., Sarasua, B. y Zubizarreta, I. (1996). Tratamiento Cognitivo-Conductual del Trastorno de Estrés Postraumático Crónico en Víctimas de Maltrato Doméstico: Un estudio piloto. *Revista de Trastornos de ansiedad*, 10, 185-199. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/7072554.pdf>
- Ehlersd A., Clark D., Hackmannb A., McManusa F. y Fennellb M. (2005). Cognitive therapy for post-traumatic stress disorder: development and evaluation. *Behaviour Research and Therapy*. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.brat.2004.03.006>
- Encuesta demográfica y de salud familiar – ENDES. (2018). Violencia contra las mujeres, niñas y niños. Recuperado de https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1656/index1.html
- Espinoza, R. (2015). *El diagnóstico del trastorno por estrés postraumático en infancia y adolescencia y aportaciones para el trauma complejo*. (Tesis doctoral). Universidad de

<https://www.tesisenred.net/bitstream/handle/10803/371148/TRMEG.pdf?sequence=1>

Fantuzzo, J. & Mohr, W. (1999). Prevalence and effects of child exposure to domestic violence. *The Future of Children*, 9(3), 21–32. <https://doi.org/10.2307/1602779>

Fishman Ch. y Riesman B. (2005). El cambio familiar: Desarrollos de modelos. Barcelona: Gedisa.

Foa, E. y Kozak, M. (1986). Procesamiento emocional del miedo: exposición a información correctiva. *Boletín psicológico*, 99 (1), 20–35. DOI: <https://doi.org/10.1037/0033-2909.99.1.20>

Foa, E., Hembree, E., Chilla, S., Rauch, S., Riggs, D., Feeny, N. y Yadin, E. (2005). Randomized trial of prolonged exposure for posttraumatic stress disorder with and without cognitive restructuring: Outcome at academic and community clinics. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(5), 953-964. Recuperado de: <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.512.2577&rep=rep1&type=pdf>

García, A. (2010). *El trastorno de estrés postraumático en mujeres que sufrieron violencia sexual en edades comprendidas entre los 3 y los 20 años*. (Tesis doctoral). Universidad de Sevilla. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=23971>

Grijalba, A. (2007). *Mujeres víctimas de violencia doméstica con trastorno de empírica de un programa de tratamiento*. (Tesis doctoral). Universidad Complutense. Recuperado de <https://eprints.ucm.es/id/eprint/7552/1/T29877.pdf>

Hernández, A. (2005). La familia como unidad de supervivencia, de sentido y de cambio en las intervenciones psicosociales: intenciones y realidades. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales Niñez y Juventud*, 3(1), 57-71. Recuperado de: https://www.researchgate.net/publication/262544720_La_familia_como_unidad_de_sup

ervivencia_de_sentido_y_de_cambio_en_las_intervenciones_psicosociales_intenciones
_y_realidades

Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, P. (2014). Metodología de la investigación: Roberto Hernández Sampieri, Carlos Fernández Collado y Pilar Baptista Lucio (6a. ed.). México D.F.: McGraw-Hill.

Koss, MP y Harvey, MR (1991). *La víctima de violación: intervenciones clínicas y comunitarias. Biblioteca sabia de investigación social, (2ª ed.)*. Sage Publications, Inc. Recuperado de: <https://psycnet.apa.org/record/1991-97931-000>

Kubany, E. S., Hill, E. E., Owens, J. A., Iannce-Spencer, C., McCaig, M. A., Tremayne, K. J., y Williams, P. L. (2004). Cognitive trauma therapy for battered women with PTSD (CTT-BW). *Journal of consulting and clinical psychology*, 72(1), 3–18. DOI: <https://doi.org/10.1037/0022-006X.72.1.3>

Labrador, F. J., y Alonso, E. (2007). Eficacia a corto plazo de un programa de intervención para el trastorno de estrés postraumático en mujeres mexicanas víctimas de violencia doméstica. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 2(12), 117-130 <http://revistas.uned.es/index.php/RPPC/article/viewFile/4038/3892>

Labrador, F. J., y Rincón, P. P. (2002). Trastorno de estrés postraumático en víctimas de maltrato doméstico: evaluación de un programa de intervención. *Análisis y Modificación de Conducta*, 28, 905-932. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=288568>

Labrador, F., Rincón, P. y Fernández-Velasco, R. (2004). *Mujeres víctimas de la violencia doméstica*. Madrid, España: Ediciones Pirámide.

Labrador, F., Fernández-Velasco, R. y Rincón, P. (2009). Evaluación de la eficacia de un tratamiento individual para mujeres víctimas de violencia de pareja con trastorno de

- estrés postraumático. *Pensamiento Psicológico*, 6(13), 49-67. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/801/80112469005.pdf>
- Levendosky, A. y Graham-Bermann, S. (2001). Parenting in Battered Women: The Effects of Domestic Violence on Women and Their Children. *Journal of Family Violence*, 16, 171–192. <https://doi.org/10.1023/A:1011111003373>
- Matud, M., Padilla, V, Medina, L y Fortes, D. (2016). Eficacia de un programa de intervención para mujeres maltratadas por su pareja. *Terapia Psicológica*, 34(3), 199-208. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/313809289_Eficacia_de_un_programa_de_intervencion_para_mujeres_maltratadas_por_su_pareja
- Membrillo, A. (2008). *Familia. Introducción al estudio de sus elementos*. Lima-Perú: ETM.
- Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables (2019). *Informe estadístico: Violencia en cifras*. Recuperado de https://www.mimp.gob.pe/contigo/contenidos/publicar-articulos/server/php/files/informe-estadistico-06-2019_PNCVFS-UGIGC.pdf
- Monson, C.M., Schnurr, P.P., Resick, P.A., Friedman, M.J., Young-Xu, Y. y Stevens, S.P. (2006). Cognitive processing therapy for veterans with military-related posttraumatic stress disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74, 898-907. DOI: 10.1037 / 0022-006X.74.5.898
- Montañez, P. (2013). *Evaluación de un tratamiento psicológico para el estrés postraumático en mujeres víctimas de violencia doméstica en Ciudad Juárez*. (Tesis doctoral). Universitat Autònoma de Barcelona & Universidad autónoma de Juárez, Bellaterra. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=85931>
- Nardone G. y Fiorenza A. (2004). *La intervención estratégica en los contextos educativos*. Barcelona: Herder

- Organización Mundial de la Salud. (2013). *La OMS publica unas directrices sobre la atención de salud mental tras los eventos traumáticos*. Recuperado de https://www.who.int/mediacentre/news/releases/2013/trauma_mental_health_20130806/es/
- Organización Mundial de la Salud. (2017). *Violencia contra la mujer*. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women>
- Organización Panamericana de la Salud. (2015). *La violencia contra las mujeres es un problema de gran magnitud y que tiene implicaciones de enorme alcance para la salud. Es un problema que el sector de la salud debe abordar*. Recuperado de <https://docplayer.es/26981529-La-violencia-contra-la-mujer.html>
- Organización Panamericana de la Salud. (2018). *La violencia contra la mujer en algunos países de las Américas*. Recuperado de [https://www.paho.org/per/index.php?option=com_content&view=article&id=4190: la-violencia-contra-la-mujer-afecta-a-casi-el-60-de-las-mujeres-en-algunos-paises-de-las-americas&Itemid=1062](https://www.paho.org/per/index.php?option=com_content&view=article&id=4190:la-violencia-contra-la-mujer-afecta-a-casi-el-60-de-las-mujeres-en-algunos-paises-de-las-americas&Itemid=1062)
- Paunovic, N. y Öst, L. (2001). Cognitive-behavior therapy vs exposure therapy in the treatment of PTSD in refugees. *Behaviour Research and Therapy*, 39, 1183-1197. Recuperado de <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11579988/>
- Pavón, S., y Rivas, M. (2010). *Patrones relacionales de violencia Intrafamiliar*. Quito-Ecuador: Editorial Universitaria Abya-Yala.
- Pérez-Correa, K., Rodríguez-Vega, O., & Linero-Gómez, B. (2019). Estrés postraumático y aptitudes de emprendimiento y resiliencia en mujeres víctimas del conflicto armado. *Clío América*, 13(25), 255–263. <https://doi.org/10.21676/23897848.3266>
- Perrone, R., y Nannini, M. (2005). *Violencia y abusos sexuales en la familia*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.

- Quiñones, M., y Arias, Y. (2011). *Violencia intrafamiliar desde un enfoque de género. Ecuador: Mediciego*. Recuperado de <http://www.revmediciego.sld.cu/index.php/mediciego/article/view/1981/1958>
- Raich, R., Gutiérrez, M. y Esparza, O. (2013). *Evaluación de un tratamiento psicológico para el estrés postraumático en mujeres víctimas de violencia doméstica en ciudad Juárez*. (Tesis doctoral). Universidad Autónoma de Barcelona. Recuperado de https://ddd.uab.cat/pub/tesis/2013/hdl_10803_129333/pma1de1.pdf
- Ramos-Lira L, Saltijeral-Méndez MT, Romero-Mendoza M, Caballero-Gutiérrez MA, Martínez-Vélez NA. (2001). Violencia sexual y problemas asociados en una muestra de usuarias de un centro de salud. *Salud Pública México*. Recuperado de <http://www.insp.mx/salud/index.html>
- Resnick, H., Acierno, R., Amstadter, A., Self-Brown, S. y Kilpatrick, D. (2007). An acute post-sexual assault intervention to prevent drug abuse: update findings. *Addictive Behaviors*, 32(10), 2032-2045. Recuperado de <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0306460307000032?via%3DiHub>
- Rincón, P., Labrador, F. y Crespo, M. (2004). Efectos psicopatológicos del maltrato doméstico. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 22(1), 105-116. Recuperado de <https://revistas.urosario.edu.co/index.php/apl/article/view/1462>
- Rincón, P. (2003). *Trastorno de estrés postraumático en mujeres víctimas de violencia doméstica: Evaluación de Programas de Intervención*. (Tesis doctoral). Universidad Complutense de Madrid. Recuperado de <https://www.tesisenred.net/bitstream/handle/10803/129333/pma1de1.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

- Rincón, P. y Labrador, F. (2004). *Violencia doméstica: Programa de tratamiento para mujeres con trastorno de estrés postraumático*. Póster presentado en la IV Conferencia Internacional de Psicología de la Salud. La Habana.
- Romero, M. (2017). *Violencia de género: Tipo, fase y factores asociados en los distritos de Tumbán y José Leonardo Ortiz del departamento de Lambayeque Agosto - Octubre 2015*. (Tesis de pregrado). Universidad de San Martín de Porres, Chiclayo. Recuperado de https://repositorio.usmp.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12727/2565/ROMERO_MV.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Salazar, K. (2019). *Estrés Postraumático en Pobladores de tres Distritos de Lambayeque afectados por el Fenómeno El Niño Costero, 2018*. (Tesis de pre grado). Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo, Lambayeque. Recuperado de: <https://repositorio.unprg.edu.pe/handle/20.500.12893/3882>
- Sanmartín, J., Iborra, I., García, Y., y Martínez, P. (2010). *III Informe Internacional Violencia contra las Mujeres en las Relaciones de Pareja. Estadísticas y legislación. Valencia: Centro Reina Sofía para el Estudio de la Violencia*. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/307445582_III_Informe_Internacional_Violencia_contra_la_mujer_en_las_relaciones_de_pareja_Estadisticas_y_Legislacion
- Saquinaula, M. (2019). *Estrés postraumático y violencia de género en mujeres atendidas en la División Médico Legal de Chimbote, 2019*. (Tesis de maestría). Universidad César Vallejo, Chimbote. Recuperado de <https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/39862>
- Sierra, J., Bermúdez, M., Buela-Casal, G., Salinas, J. y Monge, F. (2014). Variables asociadas a la experiencia de abuso en la pareja y su denuncia en una muestra de mujeres. *Universitas Psychologica*, 13(1). Recuperado de <https://revistas.javeriana.edu.co/index.php/revPsycho/article/download/2391/7063>

Viveros, E. & Arias, L. (2006). *Dinámicas internas de las familias con jefatura femenina y menores de edad en conflicto con la ley penal: características interaccionales.*

Medellín-Colombia: Fondo Editorial Fundación Universitaria Luis Amigo.

Walker, Lenore (1991). *La mujer maltratada.* Nueva York: Harper and Row Publishers.

Anexo 1

Propiedades psicométricas de la escala de gravedad de síntomas de estrés postraumático (TEPT)

Fiabilidad de la escala

La fiabilidad del instrumento se valoró calculando el índice de la consistencia interna mediante el coeficiente Alpha de Cronbach. La tabla 22 permite apreciar que la consistencia interna de la escala global (21 ítems) en la muestra estudiada es de .64 que puede ser valorado como indicador de una adecuada fiabilidad. También se aprecia que todas las dimensiones presentan adecuados niveles de fiabilidad. De manera similar ocurre en la evaluación post – test.

Tabla 22

Estimaciones de consistencia interna

Dimensiones	Nº de ítems	Pre-test	Post-test
Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT)	21	.64	.64
Re experimentación	5	.67	.68
Evitación	3	.62	.65
Alteraciones cognitivas y estado de ánimo negativo (ACN/EAN)	7	.63	.61
Aumento de la activación	6	.66	.66

Validez de constructo de la escala

Como se observa en la tabla 23 que los coeficientes de correlación entre las dimensiones y el puntaje total de la escala son significativos en la evaluación pre test, lo cual aporta evidencias para la validez de constructo. De manera similar, los coeficientes de correlación entre las dimensiones y el puntaje total de la escala son significativos en la evaluación post test.

Tabla 23

Correlaciones sub test – test de la escala

Ítems	Trastorno de Estrés Postraumático – Pre test		Trastorno de Estrés Postraumático – Post test	
	r	p	R	p
Re experimentación	.749	.020	.706	.034
Evitación	.521	.001	.799	.010
Alteraciones cognitivas y estado de ánimo negativo (ACN/EAN)	.674	.047	.882	.002
Aumento de la activación	.512	.005	.538	.023

ESCALA DE GRAVEDAD DE SÍNTOMAS DEL TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO (EGS-F)

(Versión forense)

(Echeburúa, Amor, Muñoz, Sarasua and Zubizarreta, 2017)

Nº: Fecha: Sexo: Edad:
Estado civil: Profesión: Situación Laboral:

1. SUCESO TRAUMÁTICO

Descripción: _____

Tipo de exposición al suceso traumático

- ____ Exposición directa
____ Testigo directo
____ Otras situaciones
____ Testigo por referencia (la víctima es una persona significativa para el sujeto)
____ Interviniente (profesional/particular que ha ayudado en las Tareas de emergencias)

Frecuencia del suceso traumático

- ____ Episodio único
____ Episodios continuados (por ej., maltrato crónico, abusos sexuales reiterados)

¿Cuánto tiempo hace que ocurrió?: _____ (meses)/_____ (años)

¿Ocurre actualmente?: ____ No ____ Sí (indíquese el tiempo transcurrido desde el último episodios): _____ (meses)/_____ (años)

¿Ha recibido algún tratamiento por el suceso sufrido?: ____ No ____ Sí (especificar):

Tipo de tratamiento	Duración	¿Continúa en la actualidad?
____ Psicológico	____ (meses)/____ (años)	____ No ____ Sí
____ Farmacológico	____ (meses)/____ (años)	____ No ____ Sí

Exposición al suceso traumático en la infancia/adolescencia: ____ No ____ Sí

Revictimización a otro suceso traumático: ____ No ____ Sí

Secuelas físicas experimentadas: ____ No ____ Sí (especificar):

2. NÚCLEOS SINTOMÁTICOS

Colóquese en cada síntoma la puntuación correspondiente de 0 a 3 según la duración e intensidad del síntoma.

0	1	2	3
Nada	Una vez por semana o menos/Poco	De 2 a 4 veces por semana/Bastante	5 o más veces por semana/Mucho
Síntomas de intrusión			
Ítems			Valoración
1. ¿Experimenta recuerdos o imágenes desagradables y repetitivas del suceso de forma involuntaria?			0 1 2 3
2. ¿Tiene sueños desagradables y recurrentes sobre el suceso?			0 1 2 3
3. ¿Hay momentos en los que realiza conductas o experimenta sensaciones o emociones como si el suceso estuviera ocurriendo de nuevo?			0 1 2 3
4. ¿Sufre de malestar psicológico intenso o prolongado al exponerse a situaciones o pensamientos/imágenes o situaciones reales que le recuerden algún aspecto del suceso?			0 1 2 3
5. ¿Siente reacciones fisiológicas intensas (sobresaltos, sudoración,, mareos, etc. al tener presentes pensamientos/imágenes o situaciones reales que le recuerden algún aspecto del suceso?			0 1 2 3
S1. ¿Tiene pesadillas sobre lo que le ocurrió únicamente cuando duerme solo/a?			Sí No

Puntuación en intrusiones: _____ (Rango: 0-15)

Síntomas conductual/cognitive			
Ítems			Valoración
6. ¿Suele evitar personas, lugares, situaciones o actividades que provocan recuerdos, pensamientos o sentimientos relacionados con el suceso porque le crea malestar emocional?			0 1 2 3
7. ¿Evita o hace esfuerzos para alejar de su mente recuerdos, pensamientos o sentimientos relacionados con el suceso porque le crea malestar emocional?			0 1 2 3
8. ¿Procura evitar hablar de determinados temas que provocan recuerdos, pensamientos o sentimientos relacionados con el suceso porque le crea malestar emocional?			0 1 2 3
S2. ¿Le entran ganas de contar su historia en cuanto tienen conocimiento de que otras personas han pasado por sucesos parecidos al suyo?			Sí No
S3. Desde que le sucedió esto, ¿le pasa a veces que puede hablar con “otro yo” que está fuera de usted?			Sí No

Puntuación en evitación: _____ (Rango: 0-9)

Alteraciones cognitivas y estado de ánimo negativo				
<i>Ítems</i>	<i>Valoración</i>			
9. ¿Muestra dificultades para recordar alguno de los aspectos importantes del suceso?	0	1	2	3
10. ¿Tiene creencias o expectativas negativas sobre sí mismo, sobre los demás o sobre el futuro?	0	1	2	3
11. ¿Suele culparse a sí mismo o culpar a otras personas sobre las causas o consecuencias del suceso traumático?	0	1	2	3
12. ¿Experimenta un estado de ánimo negativo de modo continuado en forma de terror, ira, culpa o vergüenza?	0	1	2	3
13. ¿Se ha reducido su interés por realizar o participar en actividades importantes de su vida cotidiana?	0	1	2	3
14. ¿Experimenta una sensación de distanciamiento o de extrañeza respecto a las personas que lo rodean?				
15. ¿Se nota limitado para sentir o expresar emociones positivas (¿por ejemplo, alegría, satisfacción o sentimiento amoroso?				
S4. ¿Le entretienen sus <i>hobbies</i> únicamente cuando los practica con amigos/as?	Sí		No	

Puntuación en alteraciones cognitivas/estado de ánimo negativo: _____ (Rango: 0-21)

Aumento de la activación y reactividad psicofisiológica				
<i>Ítems</i>	<i>Valoración</i>			
16. ¿Suele estar irritable o tener explosiones de ira sin motivos aparentes que la justifiquen?	0	1	2	3
17. ¿Muestra conductas de riesgo (comida descontrolada, conducción peligrosa, conductas adictivas, etc.) o autodestructivas?	0	1	2	3
18. ¿Se encuentra en un estado de alerta permanente (por ejemplo, pararse de forma repentina para ver quién está a su alrededor, etc.) desde el suceso?	0	1	2	3
19. ¿Se sobresalta o se alarma más fácilmente desde el suceso?	0	1	2	3
20. ¿Tiene dificultades de concentración, por ejemplo, para seguir una conversación o al atender a sus obligaciones diarias?	0	1	2	3
21. ¿Muestra dificultades para conciliar o mantener el sueño o para tener un sueño reparador?	0	1	2	3
S5. ¿Se siente tranquilo/a si está acompañado/a cuando hay algo que le recuerda lo que pasó?	Sí		No	
S6. ¿Se concentra únicamente cuando hace una tarea que le gusta (leer, hacer <i>sudokus</i> , jugar a videojuegos, etc.)?	Sí		No	

Puntuación en activación/reactividad psicofisiológica: _____ (Rango: 0-18)

Puntuación total de la gravedad del TEPT: _____ (Rango: 0-63)

Puntuación en la subescala de Simulación: _____ (Rango: 0-6)

3. INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA

Síntomas disociativos				
Ítems	Valoración			
1. ¿Al mirarse a un espejo se siente como si realmente no fuera usted?	0	1	2	3
2. ¿Siente como si su cuerpo no le perteneciera?	0	1	2	3
3. ¿Siente que las cosas que le ocurren son una especie de fantasía o sueño?	0	1	2	3
4. ¿Percibe al resto de las personas como si no fueran reales?	0	1	2	3

Puntuación en Síntomas disociativos: _____ (Rango: 0-12)

Presencia de, al menos, dos síntomas disociativos: ☐ Sí ☐ No

Presentación demorada del cuadro clínico (al menos, 6 meses después del suceso)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
---	--

4. DISFUNCIONALIDAD EN LA VIDA COTIDIANA RELACIONADA CON EL SUCESO TRAUMÁTICO

Áreas afectadas por el suceso traumático				
Áreas	Valoración			
1. Deterioro en la relación de pareja	0	1	2	3
2. Deterioro en la relación en la relación familiar	0	1	2	3
3. Interferencia negativa en la vida laboral/académica	0	1	2	3
4. Interferencia negativa en la vida social	0	1	2	3
5. Interferencia negativa en el tiempo del ocio	0	1	2	3
6. Disfuncionalidad global	0	1	2	3

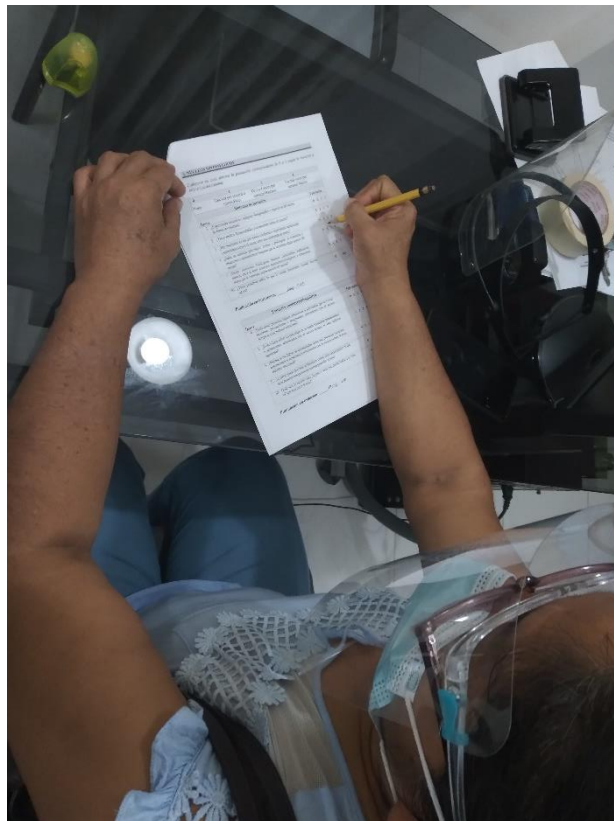
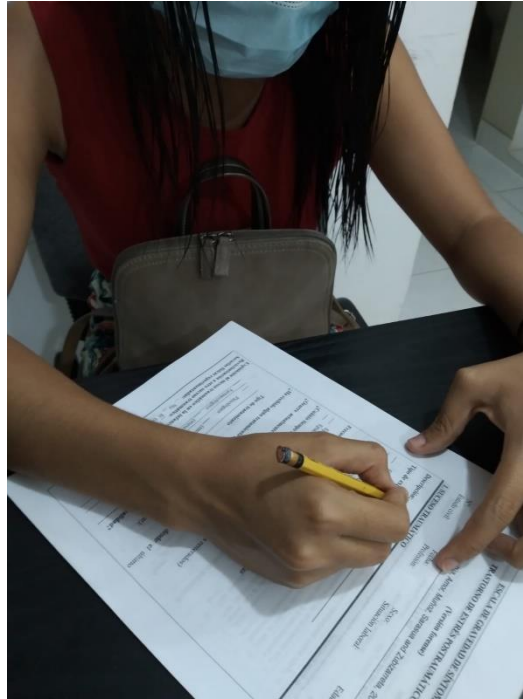
Puntuación en el grado de afectación del suceso: _____ (Rango: 0-18)

Anexo 3

fotos









ESCALA DE CAMBIO PERCIBIDO
Kineán y Labrador (2009)

Nombre: _____ Fecha: _____ Sesión: _____ ID: _____

Por favor, rodea con un círculo el número que mejor describe cómo ha estado desde la última sesión de grupo que hemos tenido.

1. **Alcance**, cuando piensas en lo que ha sucedido, experimentas un grado de ansiedad emocional, que es comparable con lo que experimentabas antes de empezar el tratamiento, es:

1	2	3	4	5	6	7
Mucho Menor	Muchísimo Menor	Muy Menor	Igual	Muy Mayor	Muchísimo Mayor	Mucho Mayor

2. En esta sesión, cuando te piensas en lo que ha sucedido, experimentas un grado de manifestar emociones, que es comparable con lo que experimentabas antes de empezar el tratamiento, es:

1	2	3	4	5	6	7
Mucho Menor	Muchísimo Menor	Muy Menor	Igual	Muy Mayor	Muchísimo Mayor	Mucho Mayor

3. Desde el último encuentro del grupo, la cantidad de pensamientos, sueños o recuerdos desagradables acerca de lo ocurrido es:

1	2	3	4	5	6	7
Mucho Menor	Muchísimo Menor	Muy Menor	Igual	Muy Mayor	Muchísimo Mayor	Mucho Mayor

4. Desde el último encuentro del grupo, la cantidad de emociones desagradables asociadas a lo ocurrido es:

1	2	3	4	5	6	7
Mucho Menor	Muchísimo Menor	Muy Menor	Igual	Muy Mayor	Muchísimo Mayor	Mucho Mayor

5. Desde el último encuentro del grupo, la cantidad de pensamientos desagradables que te vienen a la mente es:

1	2	3	4	5	6	7
Mucho Menor	Muchísimo Menor	Muy Menor	Igual	Muy Mayor	Muchísimo Mayor	Mucho Mayor

6. Desde el último encuentro del grupo, la cantidad de emociones desagradables que te vienen a la mente es:

1	2	3	4	5	6	7
Mucho Menor	Muchísimo Menor	Muy Menor	Igual	Muy Mayor	Muchísimo Mayor	Mucho Mayor

7. Desde el último encuentro del grupo, la cantidad de pensamientos desagradables que te vienen a la mente es:

1	2	3	4	5	6	7
Mucho Menor	Muchísimo Menor	Muy Menor	Igual	Muy Mayor	Muchísimo Mayor	Mucho Mayor

8. Desde el último encuentro del grupo, la cantidad de emociones desagradables que te vienen a la mente es:

1	2	3	4	5	6	7
Mucho Menor	Muchísimo Menor	Muy Menor	Igual	Muy Mayor	Muchísimo Mayor	Mucho Mayor

9. Desde el último encuentro del grupo, la cantidad de pensamientos desagradables que te vienen a la mente es:

1	2	3	4	5	6	7
Mucho Menor	Muchísimo Menor	Muy Menor	Igual	Muy Mayor	Muchísimo Mayor	Mucho Mayor

10. Desde el último encuentro del grupo, la cantidad de emociones desagradables que te vienen a la mente es:

1	2	3	4	5	6	7
Mucho Menor	Muchísimo Menor	Muy Menor	Igual	Muy Mayor	Muchísimo Mayor	Mucho Mayor

